

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

İşletme Anabilim Dalı

**PANDEMİ DÖNEMİNDE HİZMET KALİTESİ ALGISININ
HİZMET ALAN MEMNUNİYETİNE ETKİSİ: BAŞAKŞEHİR
ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Doktora Tezi

Murat SOLAK

Danışman

Prof. Dr. Burhanettin Aykut ARIKAN

İstanbul – 2023

TEZ TANITIM FORMU

- Yazar Adı Soyadı** : Murat SOLAK
- Tezin Dili** : Türkçe
- Tezin Adı** : Pandemi Döneminde Hizmet Kalitesi Algısının Hizmet Alan Memnuniyetine Etkisi: Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Örneği
- Enstitü** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- Anabilim Dalı** : İşletme
- Tezin Türü** : Doktora
- Tezin Tarihi** : 12/01/2023
- Sayfa Sayısı** : 162
- Tez Danışmanları** : Prof. Dr. Burhanettin Aykut ARIKAN
- Dizin Terimleri** : Covid-19 Pandemisi, Sağlık Hizmet Kalitesi Algısı, Memnuniyet
- Türkçe Özet** : Bu çalışmada, pandemi döneminde hizmet kalitesi algısının hizmet alan memnuniyetine etkisi: Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi örneğinde incelenip hastaların hizmet kalitesi algıları ile memnuniyetleri arasındaki ilişkiler, alt boyutları ortaya konulması amaçlanmıştır.
- Dağıtım Listesi** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

İmzası

Murat SOLAK

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

İşletme Anabilim Dalı

**PANDEMİ DÖNEMİNDE HİZMET KALİTESİ ALGISININ
HİZMET ALAN MEMNUNİYETİNE ETKİSİ: BAŞAKŞEHİR
ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Doktora Tezi

Murat SOLAK

Danışman

Prof. Dr. Burhanettin Aykut ARIKAN

İstanbul – 2023

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Murat SOLAK

.../.../2023



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Murat SOLAK' ın Pandemi Döneminde Hizmet Kalitesi Algısının Hizmet Alan Memnuniyetine Etkisi: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Örneği adlı tez çalışması, jürimiz tarafından İşletme anabilim dalı, İşletme bilim dalında DOKTORA tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Üye

Prof. Dr. Burhanettin Aykut ARIKAN
(Danışman)

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Atıla HAZAR

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÖZAN

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hülya YILMAZ

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 20..

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Hizmet sunan işletmelerde sunulan hizmetin kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasında yüksek seviyede bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sunan hastane işletmelerinde sağlık hizmetinin diğer hizmetlerden farklı nitelikleri sebebiyle hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin boyutları farklılaşmaktadır. Bilhassa Covid-19 pandemisi döneminde pandeminin etkileriyle hastaların memnuniyet algıları da oldukça farklı boyutlara kaymıştır. Bu kapsamda çalışmadaki araştırmada pandemi döneminde hizmete alınan “Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi” örneğinde hastaların hizmet kalitesi algıları ile memnuniyetleri arasındaki ilişkiler, alt boyutları itibariyle incelenmiştir. Araştırmadaki analizlerde IBM SPSS -23(Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak; t testleri, ANOVA testleri ve korelasyon analizleri yapılmıştır. Araştırma kapsamında 660 kişilik hasta grubuna araştırmacı tarafından hazırlanan anket uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre Covid-19 pandemisi döneminde, Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modeli ile kurulan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi’nden sağlık hizmeti alan hastaların algılanan hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti arasında istatistiki olarak anlamlı çok kuvvetli pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Algılanan Hizmet Kalitesi, Hasta Memnuniyeti, Şehir Hastaneleri, KÖİ

SUMMARY

There is a high level of relationship between the quality of the service provided in the service providers and customer satisfaction. The dimensions of the relationship between service quality and patient satisfaction differ due to the different characteristics of health service from other services in hospital enterprises that provide health services. Especially during the Covid-19 pandemic period, the satisfaction perceptions of the patients have shifted to quite different dimensions with the effects of the pandemic. In this context, the relationship between the service quality perceptions and satisfaction of the patients in the sample of "Basakşehir Çam and Sakura City Hospital", which was put into service during the pandemic period, was examined in terms of its sub-dimensions. Using the IBM SPSS-23 (Statistical Package for the Social Sciences) program in the analysis in the research; t tests, ANOVA tests and correlation analyzes were performed. Within the scope of the research, a questionnaire prepared by the researcher was applied to the patient group of 660 people. According to the results of the research, a statistically significant, very strong positive relationship was found between the perceived service quality of the patients receiving health care services from Başakşehir Çam and Sakura City Hospital established with the PPP model during the Covid-19 pandemic period and patient satisfaction.

Keywords: Covid-19, Perceived Service Quality, Patient Satisfaction, City Hospitals. PPP

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
RESİMLER LİSTESİ.....	xii
EKLER LİSTESİ	xiii
ÖNSÖZ.....	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANELERİN TANITILMASI, PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ORGANİZASYONU

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanıtılması	5
1.1.1. Sağlık Kavramı	5
1.1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	7
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	8
1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	9
1.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	10
1.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	11
1.1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	13
1.1.4.4. Sağlık Geliştirici Hizmetler	13
1.1.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunan Kurum ve Kuruluşlar	13
1.1.5.1. Düzenleyici Kurum ve Kuruluşlar	21
1.1.5.2. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK).....	21
1.1.5.3. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü	22
1.2. Hastanelerin Tanıtılması.....	22
1.2.1. Hastane Kavramı.....	23
1.2.2. Hastanelerin Amaçları ve İşlevleri	24
1.2.2.1. Hastanelerin Amaçları	24
1.2.2.2. Hastanelerin İşlevleri	25

1.2.3. Hastane İşletmelerini Diğer İşletmelerden Ayıran Özellikler	27
1.2.4. Hastanelerin Sınıflandırılması	28
1.2.4.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler	28
1.2.4.2. Hastanelerin İşlevlerine Göre Sınıflandırılması	29
1.2.4.3. Eğitim Durumuna Göre Hastaneler	31
1.2.4.4. Hizmet Durumuna Göre Hastaneler	31
1.2.4.5. Yatış Sürelerine Göre Hastaneler	31
1.2.5. Hastanelerin Faaliyet Yapısı.....	32
1.2.5.1. Muayene Öncesi Hizmetler	32
1.2.5.2. Polikliniklerde Hekimlik Hizmetleri	33
1.2.5.3. Hemşirelik Hizmetleri.....	33
1.2.5.4. Tetkik Hizmetleri.....	34
1.2.5.5. Operasyon Faaliyetleri.....	34
1.3. Pandemi ve Pandemi Döneminde Sağlık Organizasyonu	34
1.3.1. Pandemi Kavramı	35
1.3.2. Covid-19 Pandemisi ve Sağlık Sektörüne Etkileri	35
1.3.3. Covid-19 Pandemisi Dönemi Türkiye Sağlık Organizasyonu.....	37

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİ, HİZMET KALİTESİ ALGISI VE HİZMET MEMNUNİYETİ KAVRAMLARININ SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULANMASI

2.1. Hizmet Kalitesi ve Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesi	41
2.1.1. Hizmet Kalitesi Kavramı ve Boyutları	41
2.1.2. Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesi	46
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon ve Kalite Standartları.....	47
2.1.4. Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesini Belirleyen Unsurlar.....	48
2.1.4.1. Kalitenin Somut Unsurları	49
2.1.4.2. Kalitenin Soyut Unsurları	55
2.1.5. Beklenen Hizmet Kalitesi ve Algılanan Hizmet Kalitesi	56
2.1.5.1. Beklenen Hizmet Kalitesi	57
2.1.5.2. Algılanan Hizmet (Hizmet Değeri) Kalitesi	58
2.1.6. Hizmet Kalitesini Ölçmede Kullanılan Yöntemler ve Hastane İşletmelerinde Uygulanabilirliği	59
2.1.6.1. SERVQUAL Modeli	59

2.1.6.2. SERVPERF Modeli	61
2.1.6.3. Grönroos Modeli.....	62
2.1.6.4. Carman Modeli	63
2.2. Müşteri Memnuniyeti ve Hastane İşletmelerinde Hizmet Alan (Hasta) Memnuniyeti	63
2.2.1. Müşterinin (Hizmet Alanın) Tanıtılması	64
2.2.2. Müşteri (Hizmet Alan) Memnuniyeti Kavramı	65
2.2.2.1. Müşteri Değeri	65
2.2.2. Müşteri (Hizmet Alan) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	66
2.2.2.1. Hastaya İlişkin Özellikler	66
2.2.2.2. Hizmet Verenlere İlişkin Özellikler.....	66
2.2.2.3. Kurumsal Özellikler.....	67
2.3. Hizmet Kalitesi ve Hasta (Hizmet Alan) Memnuniyeti Arasındaki İlişki	68

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ'NDEN HİZMET ALAN HASTALARIN HİZMET KALİTESİ VE MEMNUNİYET ALGILARININ İNCELENMESİ

3.1. Literatür Taraması	71
3.2. Başakşehir Çam Sakura Hastanesinin Tanıtılması	76
3.2.1. Hastanenin Fiziksel İmkânlarının Tanıtılması.....	78
3.2.3. Organizasyon Yapısının Tanıtılması	88
3.3. Araştırmanın Modelinin (Yönteminin) Tasarımı	89
3.3.1. Araştırmanın Amacı.....	89
3.3.2. Araştırmanın Önemi	91
3.3.3. Araştırmanın Hipotezleri	92
3.3.4. Araştırmanın Modeli.....	92
3.3.5. Veri Toplama ve Değerlendirme Araçları	93
3.3.6. Araştırmanın Varsayımları	95
3.3.7. Araştırmanın Kısıtları (Kapsam ve Sınırlılıklar)	95
3.3.8. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	95
3.4. Modelin Uygulanması ve Araştırma Bulguları	96
3.4.1. Araştırmanın Demografik Bilgileri.....	96
3.4.2. Güvenilirlik ve Geçerlik Analizleri	97
3.4.3. Hipotezlerin Test Edilmesi	99

3.5. Tartışma.....	113
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	120
KAYNAKÇA	125
EKLER.....	137
ÖZGEÇMİŞ.....	141



KISALTMALAR

Covid-19	: Koronavirüs
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
HEKK	: Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi
ISO	: International Organization for Standardization (Uluslararası Standartlar Teşkilatı)
JCAHO	: Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations
KHB	: Kamu Hastane Birlikleri
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
PPP	: Public Private Partnership (Kamu Özel İşbirliği)
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPGK	: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi (ASM)
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Kapsamında Tedavi Karegorileri	11
Tablo 2.1. Birleştirilmiş Hizmet Kalitesi Boyutları	44
Tablo 2.2. Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları.....	49
Tablo 3.1. Başakşehir Çam Sakura Hastanesi Yatak Sayısı Dağılımı	80
Tablo 3.2. Ana Hastane, Psikiyatri Hastanesi ve Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesi Fiziksel Koşulları.....	83
Tablo 3.3. Hastanedeki Görüntüleme Cihazları	84
Tablo 3.4. Başakşehir Çam Sakura Hastanesi Diğer Fiziki Koşulları.....	87
Tablo 3.5. Anket Ölçeklerindeki Soruların Tahmini Faktör Temsil Bilgileri.....	94
Tablo 3.6. Araştırmanın Demografik Bilgileri	96
Tablo 3.7. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği” Maddelerinin Güvenilirlik Değerleri	97
Tablo 3.8. Sağlık Hizmeti Alan Memnuniyeti Ölçeği” Maddelerinin Güvenilirlik Değerleri.....	98
Tablo 3.9. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği ile Boyutlarının Korelasyonu	99
Tablo 3.10. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Maddelerinin Faktör Yükleri.....	99
Tablo 3.11. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Toplam Varyans Tablosu	100
Tablo 3.12. Cinsiyet Değişkeni t Testi Sonuçları (AHKÖ)	101
Tablo 3.13. Algılanan Hizmet kalitesinin 5 Boyutu İçin Cinsiyete Göre t testi Sonuçları	101
Tablo 3.14. Medeni Durum t Testi Sonuçları (AHKÖ).....	101
Tablo 3.15. Algılanan Hizmet kalitesinin 5 Boyutu İçin Medeni Duruma Göre t testi Sonuçları	102
Tablo 3.16. Yaş Anova Testi Sonuçları (AHKÖ)	102
Tablo 3.17. Algılanan Hizmet kalitesinin 5 Boyutu İçin Yaşa Göre Anova testi Sonuçları	102
Tablo 3.18. Yaş-Heveslilik Boyutu Anova Testi Detay Sonuçları (AHKÖ)	103
Tablo 3.19. Çalışma Durumu Anova Testi Sonuçları (AHKÖ)	103
Tablo 3.20. Algılanan Hizmet Kalitesinin 5 Boyutu İçin Çalışma Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları.....	104

Tablo 3.21. Algılanan Hizmet Kalitesinin Güven Boyutu İçin Çalışma Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları.....	104
Tablo 3.22. Algılanan Hizmet Kalitesinin Empati Boyutu İçin Çalışma Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları.....	104
Tablo 3.23. Gelir Durumu Anova Testi Sonuçları (AHKÖ).....	105
Tablo 3.24. Algılanan Hizmet kalitesinin 5 Boyutu İçin Gelir Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları	105
Tablo 3.25. Algılanan Hizmet Kalitesinin Fiziksel özellikler Boyutu İçin Gelir Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları.....	105
Tablo 3.26. Algılanan Hizmet Kalitesinin “Güven” Boyutu İçin Gelir Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları.....	105
Tablo 3.27. Algılanan Hizmet Kalitesinin “Empati” Boyutu İçin Gelir Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları.....	106
Tablo 3.28. Sağlık Hizmeti Alan Memnuniyeti Ölçeği (SHAMÖ) ile Boyutlarının Korelasyonu	106
Tablo 3.29. Alınan Sağlık Hizmetine İlişkin Memnuniyet Ölçeği Maddelerinin Faktör Yükleri	107
Tablo 3.30. Sağlık Hizmetine İlişkin Memnuniyet Ölçeğinin Maddelerine Ait Toplam Varyansı Açıklama Tablosu.....	107
Tablo 3.31. Algılanan Hizmet Kalitesi Bileşen Toplulukları Faktör Yükleri	108
Tablo 3.32. Cinsiyet Değişkeni t Testi Sonuçları (SHAMÖ).....	108
Tablo 3.33. Sağlık Hizmeti Alım Ölçeği Boyutlarının Cinsiyete Göre t Testleri ...	109
Tablo 3.34. Medeni Durum Değişkeni t Testi Sonuçları (SHAMÖ)	109
Tablo 3.35. Sağlık Hizmeti Alım Ölçeği Boyutlarının Medeni Duruma Göre t Testleri	109
Tablo 3.36. Yaş Anova Testi Sonuçları (SHAMÖ)	110
Tablo 3.37. Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin 4 Boyutu İçin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları	110
Tablo 3.38. Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin “Doktorlar” Boyutu İçin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları (Tukey).....	110
Tablo 3.39. Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin “Hemşireler” Boyutu İçin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları (Tukey).....	111

Tablo 3.40. Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin “Temizlik” Boyutu İçin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları (Tukey).....	111
Tablo 3.41. Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin “Ön büro” Boyutu İçin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları (Tukey).....	111
Tablo 3.42. Çalışma Durumu Anova Testi Sonuçları (SHAMÖ)	112
Tablo 3.43. Gelir Durumu Anova Testi Sonuçları (SHAMÖ)	112
Tablo 3.44. Algılanan Hizmet Kalitesi Algısı ile Sağlık Hizmeti Alan Memnuniyeti İlişkisi.....	113



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Zinciri	12
Şekil 1.2. Mülkiyet Esasına Göre Hastane Sınıflandırması.....	29
Şekil 1.3. Hastanelerin İşlevlerine Göre Sınıflandırılması	30
Şekil 2.1. Hastanelerde Çok Boyutlu Kalite Modeli.....	57
Şekil 2.2. Grönroos Modelinin Şematik İfadesi	62



RESİMLER LİSTESİ

Resim 1.1. Hastanenin Genel Görünümü	76
Resim 1.2. Hastanenin üç Heliport'undan Bir Tanesi	76
Resim 1.3. Hastanenin Genel Görünümü	79
Resim 1.4. Hastanedeki Acil Servislerden Bir Kesit	81
Resim 1.5. Hastanedeki Hasta Bekleme Salonlarından Bir Tanesi	82
Resim 1.6. Hastanedeki Personel Yemekhanelerinden Bir Tanesi.....	82
Resim 1.7. Hastanenin Genel Görünümü	83
Resim 1.8. Hastanedeki, 1,324 adet Tek Kişilik Hasta Odalarından Bir Tanesi.....	84
Resim 1.9. Hastanedeki Son Teknoloji Tomoterapi Radixact Cihazı	85
Resim 1.10. Hastanenin Laboratuvarlarından Bir Kesit.....	86
Resim 1.11. Hastanedeki CCTV Olarak Adlandırılan Kamera İzleme Odası.....	87

EKLER LİSTESİ

EK-A: Etik Kurul Onayı

EK-B: Anket Formu



ÖNSÖZ

Türkiye’de, özellikle Covid-19 pandemisinin Mart 2020’de yaşanmaya başlamasıyla sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hastaların memnuniyeti konusunun öneme giderek artmıştır. Tüm dünyada Covid-19 pandemisi gibi çok olağanüstü bir durumun oluşması, bu sürecin sağlıklı bir şekilde atlatılabilmesi çabaları bu tezin hazırlanmasına ön ayak olmuştur.

Yüzde 90 Görme Engelli bir birey olarak, Doktora eğitim sürecimde; üzerimde emeği bulunan başta İstanbul İl Sağlık Müdürü Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU ile Sağlık Bakanlığı’ndaki tüm idari yöneticilerime ve üniversite yöneticilerime; Doktora tez çalışmamda, bana yol gösteren, yardım ve desteklerini esirgemeyen çok değerli Prof. Dr. Burhanettin Aykut ARIKAN, Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Hülya YILMAZ, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÖZAN, Dr. Öğr. Üyesi Atila HAZAR. hocalarıma ve yaşamım boyunca desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli aileme teşekkür eder, şükranlarımı sunarım.

GİRİŞ

Sağlık sektöründe üretilen hizmetlerin genel olarak diğer hizmet sınıflarından farkları sağlık hizmetlerine ait yapısal özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Örnek olarak, aşı yapılması ve dönemsel olarak sağlık kontrollerinin yapılması, çürümüş bir dişin çekilmesi, bir apandisit operasyonunun yapılması gibi ortaya çıkabilecek sağlık ihtiyaçları, diğer hizmet sahalarındaki gereksinimlerden oldukça farklıdır (Aktan ve Işık, 2007). Sağlık işletmelerinde yedi yirmi dört kesinti olmadan hizmet sunulmakta olup; sağlık ihtiyaçlarının çoğunun acil ve ertelenmeyecek özellikte olmasından dolayı hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanmasının ertelenmesi söz konusu olamaz (Ayhan, 2011, s. 36).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu ile birlikte, hastalıkların önlenmesi, toplumun ve bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünüdür (Kavuncubaşı, 2000, s. 34). Sağlık işletmelerinin temel fonksiyonu olan hasta bakımı tüm bireyleri kapsayan ve potansiyel müşterisi konumunda olduğu hizmetlerdir. Bu sebeple hastaneler, toplumun her kesiminden, her yaştan ve cinsiyetten bireye hizmet sunan, başka bir ifadeyle sözü edilen grupların ilgili oldukları işletmelerdir (Kalkay, 1981: 127).

Müşteri (hasta) memnuniyeti, sağlık hizmetini aldıktan sonra hastaların aldıkları hizmetten ne düzeyde tatmin olup olmadığını gösteren, satın alma sonrasında gerçekleşen bir olgudur (Varinli ve Çakır, 2004, s. 36). Hastalar, sağlık hizmetlerini almadan önceki algıladıkları kaliteyle bekledikleri kalite arasında yaptıkları mukayese neticesinde memnun kalıp kalmadıklarına karar vermektedirler (Berry vd., 1985, s. 44). Son yıllarda artık sağlık işletmeleri hastaların medikal gereksinimleriyle birlikte duygusal ve estetik ihtiyaçlarına ve diğer beklentilerine de karşılık vermek durumundadırlar. Zira sağlık hizmetlerinin kalite nitelikleri, hasta tatmin olarak tedaviye devam ederse ve tedaviyi sonuçlandırırorsa ortaya çıkmaktadır. Özetle sağlık hizmetinin kalitesi, hastanın (müşteri) memnuniyetinin en önemli belirleyicisidir (Özen vd., 2011, s. 26).

Hasta memnuniyetinin önemi aşağıdaki faydalarından kaynaklanmaktadır (Özer ve Çakıl, 2007, s.141):

- Sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktıları hakkında faydalı bilgiler sağlar, hasta memnuniyetinin ölçümünün sonuçları sağlık işletmesine ayna görevi görerek içsel süreçlerini değerlendirmelerine olanak sağlar.
- Sağlık kuruluşlarına üstünlüklerini ve zayıflıklarını görme imkânı sunar
- Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, her işletmenin önceliklerinden olan maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önem arz etmektedir.
- Aldığı sağlık hizmetinden memnun kalmayan hastalar, hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini tatmin olanlardan daha çok başkalarıyla kartopu etkisiyle paylaşmaktadırlar. Bu olumsuz deneyimler günden güne yayılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin çıktısı doğrudan insan ve insan sağlığıdır. Pandemi döneminde yeryüzünde uzun bir aradan sonra tekrar toplumsal sağlık kavramı güçlü bir şekilde gündeme gelmiştir. Dünya sağlık örgütü ağır bir sınav vermiş, maalesef başarısız olmakla eleştirilmiştir. ABD dahil olmak üzere tüm dünyada birçok ülkelerin sağlık örgütleri pandemi sürecinde hastalara yetişememiş ve yetersiz kalmıştır. Sağlık hizmetlerinin altyapısı, organizasyonu ve finansmanı yeniden tartışmaya açılmıştır. Doğal olarak Covid-19 pandemisi sonrası ülkelerin sağlık sistemleri de eskisi gibi olmayacaktır.

Türkiye’de sunulan sağlık hizmetlerinde hastaların hizmet sağladıkları sağlık müesseselerine yönelik farklılaşan beklentilerinin ve algılarının bulunduğu muhakkaktır. Bilhassa kamu sağlık hizmetleri ile ilgili olarak tüketicilerin genel olarak bir memnuniyetsizlik algısı içinde olduğu söylenebilir. Bilhassa kamuya ait hastanelerde hastaların yoğunluğu, personel ve donanım yetersizliği ve kaynak eksikliği gibi sebeplerden ötürü hizmet kalitesinin özel hastanelere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Hastalar, MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) randevu otomasyonu olmasına rağmen bazen günlerce randevu alabilmek ve doktorlara ulaşabilmek için oldukça fazla gayret göstermekte ve beklemek zorunda kalmaktadırlar. Hasta yoğunluğu ve kaynak yetersizliği gibi sebeplerden dolayı hekimlerin hastalara ayırdıkları süreler kısalmakta, tanı, teşhis ve tedavi süreçlerinde sunulan hizmetlerin kalitesi düşebilmektedir (Yağcı ve Duman, 2006: 223).

Covid-19 Pandemi sürecinde sağlık sektörü doğal olarak tüm sektörlerin merkezinde yer almaktadır. Hemen hemen her sektörün karşılaştığı çalışanlarının

sağlığının ve güvenliğinin bozulması gibi risklere ilave olarak sağlık sektörü, hastalığın bulaşıcılığını önlemeye ve salgından etkilenen kişilere sağlık hizmeti vermeye çalışırken tarifsiz zorluklarla karşılaşmaktadır.

Sağlık kuruluşları virüslerden etkilenen veya risk gruplarında olup potansiyel olarak etkilenebilecek kişilere bakmaya hazır bulunmak zorundadır. Vaka sayısının artması ve enfekte hastalar için potansiyel olarak hastanelerde artan yatak talebi anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, enfekte olma gibi sebeplerden ya da pandemi sürecindeki yeni vardiya sisteminden ötürü sağlık işgücü üzerinde ciddi kısıtlamalar gerçekleşebilir.

Pandemi sürecinde test kitleri, maskeler, solunum ekipmanları ve bazı ilaçlara ilişkin tedarik zincirinin bozulması sonucunda genel olarak bir kıtlık ve tedarik problemi yaşanmıştır. Pandemi sürecinde yaşanan kıtlık Devletin merkezi olarak düzenleme yapmasını gerektirmiştir. Örneğin maske tedarikinde belli bir süre serbest piyasa mantığından ayrılınması ve Sağlık Bakanlığı tarafından dağıtım yapılması gerekmiştir. Bu uygulama çok ciddi eleştirilere de muhatap olmuştur.

Bu süreçte ülkeler sağlık sistemleri ve ekonomileri çökmesin diye uğraşırken kişiler ise evlerinde odalara sıkışıp kalmışlardır. Covid-19 pandemisi ülkelerin ve hastanelerin acil durum kapasitelerini, yoğun bakım yatak sayısını ve solunum cihazı sayısını gündeme getirmiştir.

Pandemi dönemlerinin olağanüstü koşullar olması sebebiyle sağlık sisteminin yeniden organize edilmesi gerekmiş, doğal olarak bu süreçten hastane organizasyonları etkilenmiştir. Bu tür bir olağanüstü durumlarda doğal olarak sağlık sektörünün en temel birimi olan hastanelerde hizmet kalitesinin ve hastaların memnuniyetlerinin değişmesi beklenmektedir. Bu araştırma ile olağanüstü bir durum olan Covid-19 Pandemi sürecinde özel bir statüsü olan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesine ilişkin hastaneden hizmet alan hastaların hizmet kalitesi algılarının hasta memnuniyetine etkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modeli ile yapılan Türkiye'nin en büyük 3. sağlık yatırım projesi olup, açılış döneminde ağırlıklı olarak İstanbul ve çevre illere hizmet vermekte olup Uçak Ambulans ve Ambulans Helikopterlerle Türkiye'nin tamamına ve Sağlık Turizmi kapsamında yurtdışına sağlık hizmeti vermektedir.

Hastane aslında bir sağlık kompleksi özelliği taşımaktadır. “Her biri alanında özelleşmiş 8 dal hastanesinden oluşan bir hastaneler kampüsüdür. Hastane bir günde 35 bin hastaya hizmet verebilecek kapasitede inşa edilmiş olup, Nisan 2020 yılında tamamlanmıştır. Hastane 495’i yoğun bakım olmak üzere 2 bin 721 yatağa, 725 poliklinik (hasta muayene) odasına ve tam donanımlı 3’ü hibrit olmak üzere 92 ameliyathaneye, 28 doğum salonuna, 61 yanık ünitesine sahip olup; bu özellikle Kovid-19 salgınıyla mücadelede kritik bir rol oynamıştır..

Hastane, 2.068 sismik deprem izolatörüyle dünyanın en büyük sismik izolatörlü binası olarak deprem anında bile sağlık hizmeti sunabilmekte ameliyatlari kesintisiz devam edebilmektedir. Çevre dostu ve enerji dostu bir hastane olma özelliği de taşımaktadır. Hastanede ayrıca 10.000 araçlık otopark ve teraslarında il içi ve il dışından hasta transferinin gerçekteştiği 3 helikopter pisti bulunmaktadır. Hastanenin bu koşullarda kalite algısı oluşturması ve hastaları memnun etmesi beklenmektedir. Hastane, Covid-19 pandemisi sürecinde Nisan 2020’de ilk etapta pandemi hastanesi, Mayıs 2020’de tüm etapları ile hizmete açılmıştır. Pandemi sürecinde hastane tarafından verilecek hizmetlerden hastaların memnuniyetlerini etkileyen hizmet kalitesi unsurları bu çalışmadaki araştırma kapsamında incelenecektir.

Araştırma, İstanbul ilinde bir kamu-özel işbirliği niteliği taşıyan hastanesi; “Başakşehir Çam Ve Sakura şehir Hastanesi”nden sağlık hizmeti almış olan hastalar ile gerçekteştirilmiş ve hizmet kalitesi ölçeği olarak SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışma ile olağanüstü bir dönem olan Covid-19 Pandemi sürecinde Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam Ve Sakura şehir Hastanesi’nin hizmet kalitesinin, hastaneden hizmet alan hastaların tecrübeleri ve beklentileri üzerinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Örneklem olarak hastaneden hizmet almış 600-650 kadar hastaya ölçek uygulanmıştır. Anket uygulamasından sonra elde edilen veriler; t testleri, Anova testleri, faktör amnalizi, korelasyon analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANELERİN TANITILMASI, PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ORGANİZASYONU

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanıtılması

Hizmetler, bütünüyle herhangi bir meslekte uzmanlaşmış, teknik bilgi ve tecrübeye sahip kimseler tarafından yerine getirilen, fiziksel olarak ölçülmesi mümkün olmayan faaliyetlerdir. İnsan sağlığına ilişkin hizmetlerde çok geniş yelpazedeki hizmet sektörü içinde ele alınmaktadır. Çünkü sağlık sektörünün çıktısı genelde ürün olarak ortaya çıkmamakta insanın sağlığını ilgilendirmektedir.

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramının birçok tanımı yapılmıştır. Dar manada sağlık, hastalığın olmadığı şifalı durum olarak ifade edilirken, sağlık hizmeti, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilebilmesi için faydalanılan hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Hangi durumların hastalık olarak nitelendirileceği ve sağlıklı olma halinin ölçülmesi de yine üzerinde durulması gereken hususlardır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusunda Kanun'un 2. maddesinde sağlık, yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır.

Sağlık kavramı, insanoğlunun savaşlarla mücadelesinden dolayı, II. Dünya Savaşı'ndan sonraya kadar yalnızca hastalık, sakatlık ve ölüm kavramlarından daha öteye geçemeyen dar bir bakış açısıyla ele alınmak zorunda kalmıştır. Fakat sağlık, insanların hayatlarına devam ederken fiziksel olarak herhangi bir yetersizliklerinin bulunmaması, acı ve ıstırap hissetmemeleri, kısa süre içinde ölüme neden olabilecek bir problemle karşı karşıya kalmamaları ya da duygusal ve moral olarak iyi olma durumu, insanların sosyal fonksiyonlarını tam olarak yerine getirebilme yeteneğine sahip olmaları gibi kriterleri de içeren kompleks ve çok boyutlu bir kavramdır (Çalışkan, 2008, s.35)

Sağlık ve sağlık hizmetleri, iktisadi, politik ve sosyal yönleri olan bir konudur. İnsan sağlığının korunması ve farklı nedenlerle kaybedilen sağlığın tekrar geri kazanılması için araştırmalar gerçekleştirilmesi ve yenilikçi iyileştirme tekniklerinin

geliştirilmesi tıp biliminin en önemli çalışma alanına girmektedir. Her türlü malların ve hizmetlerin üretilmesinde ve tüketilmesinde olduğu gibi, sağlığın korunması ya da yeniden geri kazanılması esnasında da kaynakların kullanımı mevzubahistir (Ulutürk, 2015, s.48)

Sağlık kavramı, farklı bakış açılarıyla aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır:

a) Mutlak Sağlık – Optimum Sağlık

Sağlık kavramı, mükemmel (mutlak) sağlık ve optimum sağlık olarak sınıflandırılmaktadır. *Mutlak sağlık*, hastalığın olmadığı hal, şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak mükemmel bir sağlığı ulaşmak oldukça zordur. Bu sebeple mutlak sağlık kavramı yerine “optimum sağlık” kavramının kullanımı daha çok tercih edilmektedir. Optimum sağlık ise, kullanılan kaynaklara göre kişilerin yaşamlarını rahat, ağrı olmadan ve kaliteli sürdürmesi şeklinde tanımlanır (Goodacre, vd., 2010, s.5).

b) Objektif Sağlık-Subjektif Sağlık

Kişilerin kendi sağlık durumları ile algıları ile onları muayene eden sağlık personelinin kişinin sağlığına ilişkin bulguları birbirinden farklı olabilir. Bu noktada sağlık, objektif sağlık ve subjektif sağlık olarak ikili olarak sınıflandırılmaktadır.

Subjektif sağlık, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili nasıl hissettiklerini ifade eden kavramdır. Kişinin kararı, nasıl hissettiğine, kendisini nasıl gördüğüne, mevcut fiziksel, ruhsal, psikolojik ve toplumsal haline göre farklılaşma göstermektedir. Demografik faktörlerin birçoğu da kişilerin hastalık sayılabilecek durumların algılanmasında etkili olmaktadır. Cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, yaş gibi çok sayıda demografik değişken kişilerin subjektif sağlık algılarını etkilemektedir.

Objektif sağlık kavramıyla, sağlıklı olma halinin daha net bir tanımı yapılabilmektedir. Objektif sağlık, bireyin sağlıklı olup olmadığının tıp eğitimi görmüş, alanında uzman bir kişinin bilgileriyle, tecrübeleriyle ve yapılan testlerin ve görüntülemelerin sonuç raporlarıyla belirlendiği sağlıktır. Objektif sağlıkta bireyin sağlıklı olup olmadığı kararı verilirken; kişinin kendini nasıl hissettiğine değil, yapılan testlerin sonucuna, uzman kişinin bilgisine, tecrübesine ve deneyimlerine bağlı olarak bilimsel yöntemlerle karar verilmektedir (Ulutürk, 2015: 49).

1.1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri, bireylerin psikolojik, ruhsal, bedensel ve fiziki sağlığının korunmasını ve sağlığının bozulması halinde operasyon, müdahale ve bakımını içeren halk sağlığını daha yüksek standartlara ulaştırmak için oluşturulmuş bir hizmettir (Bektaş, 2013, s.35). Sağlık hizmetleri; kişilerin ve toplumdaki diğer kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal bakımdan dengeli bir biçimde hayatına devam edebilmesi için yapılması gerekli hizmetleri kapsamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012, s.14).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini şu şekilde tarif etmektedir: Sağlık kuruluşlarındaki çok çeşitli bir çalışan (doktor, hekim, diş hekimi, eczacı, , ebe, hemşire, fizyoterapist, psikolog, hastabakıcı, röntgen teknisyeni, diyetisyen, tıbbi sekreter vb.) portföyünden faydalanarak bireylerin ihtiyaç, istek ve taleplerine göre değişiklik gösteren hedeflere ulaşmak, bu şekilde bireylerin ve halkın sağlığını koruyucu ve eski sağlığına kavuşturmaya yönelik operasyonel eylemlerle sağlamak amacıyla ülke genelinde organize edilmiş kesintisiz bir hizmet sistemidir (<https://www.who.int/data/stories>).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusunda Kanun Madde 2’de sağlık hizmetleri şu şekilde tanımlanır: “Sağlık hizmetleri, insanların, insan sağlığına zarar veren farklı faktörlerin etkisinden korunması, hastaların şifa ile tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri ve melekeleri azalmış olan bireylerin işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler bütünüdür”.

Genel olarak, sağlık hizmeti hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi için faydalanılan hizmetler bütününe ifade etmektedir.

“Sağlık hizmetleri, doğrudan doğruya mesleğinde uzman, tecrübeli ve profesyonel kişiler tarafından verilen hizmetlerdir. Bu kapsamda sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı olarak sunulan sağlığa ilişkin hizmetlerin bütününe içine almaktadır..” (Sözen ve Özdevecioğlu, 1999, s.33).

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, bireylerin hastalanmaları durumunda iyileşmelerini sağlamak, tam olarak iyileşmeyip engelli birey olarak kalanların başkalarına bağımlı olmadan rehabilite edilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların bütünü olarak da tanımlanabilir.

Yukarıda yapılan tanımlamalardan da anlaşıldığı üzere kişilerin ve toplumun hastalıklardan korunması, mevcut hastalıkların tespit edilip tanı konması, tedavi edilmesi, iyileştirilmesi, rehabilitasyonu ile bireylerin hayat kalitesinin yükseltilmesi sağlık hizmetlerinin temel amaçları arasındadır.

1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Dünya Nüfusundaki günden güne artış, hastalıkların karmaşık hale gelmesi ve ekonomik gelişmeler sağlık hizmetlerinin de evrimselleşmesine neden olmaktadır. Tüketicilerin arzu ve ihtiyaçlarının değişmesi, yaşam standartlarının yükselmesi beklentilerinde artmasına sebep olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin genel özellikleri aşağıdaki gibidir:

- 1- Toplumdaki bireylerin sağlıklı yaşamak arzu ve istekleri, sağlık hizmetlerine olan talebi meydana getirmektedir. Sağlık hizmeti talebinin ne zaman ortaya çıkacağı çoğu zaman belirsizdir. Başka bir ifadeyle, sağlık hizmeti tesadüfi bir özellik göstermekte ve stoklanamamaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talep, genelde hastalığın belirtilerinin kendisini göstermesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple, sağlık hizmetlerine olan gereksinimin zamanı, yeri, miktarı ve talep sahibine hangi ölçülerde arz edileceği tahmin edilememektedir (Ulutürk, 2015, s.52) Bundan ötürü sağlık hizmetleri talebi oldukça değişkendir. Bunun sebebi bir insanın ne zaman nasıl bir hastalığa yakalanabileceğinin belirsiz olmasıdır. Bu sebeple sağlık işletmeleri sağlık hizmeti talebi değişikliklerine karşı esnek davranma konusunda zorlanmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinde özel sektör girişimlerinin, sağlık hizmetlerine olan toplam talebi karşılamaya yetişemeyeceğinden sağlık hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu devlet eliyle yerine getirilmektedir.
- 2- İktisadi bakımdan mal hizmet sınıflandırmasında sağlık hizmeti zorunlu mal ve hizmetler grubunda yer almaktadır (Ulutürk, 2015, s.53).
- 3- Sağlık hizmetleri bireylere özgü olmak ve kişisel açıdan önemli olmakla birlikte bunun ötesinde toplumsal faydası daha fazladır (Orhaner, 2006, s.2).
- 4- Sağlık hizmetinin boyutunu hasta değil (talep eden) doktor (arz eden) belirlemektedir (Taş, 2009, s. 38). Bu husus sağlık hizmetlerinde arz ve talebin eşitsizliği ve bilgi asimetrisi şeklinde de ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde normal hizmetlerin aksine arz talebi doğurmakta ve alıcılar ihtiyaç duydukları

hizmetin niteliği konusunda kesin karar verici pozisyonunda olamamaktadır. Ancak bu durum sunulan hizmetin fiyatının belirlenmesi konusunda bazen talep edenlerin aleyhine sonuç doğurabilmektedir (Somunoğlu, 2012, s.10).

- 5- Sağlık hizmetlerinin ayırt edici özelliklerinden en önemli olanı, bu hizmetlerin kâr amacıyla hareket edilerek gerçekleştirilmemesidir (Bektaş, 2013, s.35).
- 6- Sağlık hizmetleri üretimi emek yoğun bir üretim sürecidir. Sağlık hizmetleri sunumu ileri teknoloji kullanılarak gerçekleştirilse de insan emeği sağlık hizmetlerinin merkezinde yer almaktadır (Somunoğlu, 2012, s.10).
- 7- Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemezdir.
- 8- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi oldukça fazladır. Sağlık hizmetleri sektörü tıptaki ve sağlık teknolojisindeki ilerlemeye paralel olarak uzman çalışan ihtiyacının oldukça fazla olduğu bir alandır.
- 9- Sağlık hizmetleri bölünemezdir. Birçok hastalık ülke genelinde mücadeleyi gerektirmektedir (Orhaner, 2006, s.2).

1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi, yenilenmesi ve kontrol edilmesi her geçen gün büyük önem arz etmektedir. Nüfus artışı ile tüm ülkelerde, sağlık hizmetlerini tüm bölgeye ulaştırma çabası içerisine girmektedirler. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmak için birtakım sınıflandırmaların ve gruplandırmaların yapılması zorunlu olmaktadır.

Sağlık hizmetleri sağlığın nasıl finanse edildiğine bağlı olarak ülkelerin tercihlerine göre şekillenmektedir. Bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin tamamı kamu tarafından finanse edilmekteyken bazı ülkelerde yüzde yüz özel sektör tarafından finanse edilmekte bazı ülkelerde ise özel sektör ve kamu sektörünün birlikte finansmanı ile sağlanan karma sistemler bulunmaktadır. Devlet tarafından karşılanan kamusal sağlık hizmetleri, halkın tamamının fayda için verilen ve toplanan vergilerle finanse edilen, kamusal niteliği olan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Ateş, 2012, s. 5).

Özel sağlık hizmetleri ise, piyasa faktörleri tarafından serbest piyasa koşullarında yürütülen sağlık hizmetlerini içermektedir. Mevzuatı düzenlemeleri ile ruhsatlandırılan tesis, donanım ve yetkin işgücü şartlarının zorunluluklarına uyularak,

piyasanın ana hedefi olan maksimum kar elde etmek güdüsüyle faaliyette bulunan girişimciler yoluyla ortaya konan sağlık hizmetleridir (Ünal, 2012, s. 2015).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusunda Kanun Madde 2’de yapılan sağlık hizmetleri tanımlamasında sağlık hizmetleri,

- a) Koruyucu sağlık hizmetleri,
- b) Tedavi edici sağlık hizmetleri,
- c) Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri ve
- d) Sağlığı geliştirici hizmetler

olarak dört grup altında sınıflandırılmaktadır.

1.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıklar belirmeden çıkmadan önce, bireylerin ve toplumun sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi amacıyla dönük olarak verilen hizmetleri kapsayan sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleriyle, bireylerin ve toplumun hastalığa neden olabilecek etkenlerden uzaklaştırılması hedeflenmektedir. Örneğin Covid-19’den korunmak için maske takılması ve ellerin yıkanması konusunda halkın bilgilendirilmesi tedbirleri koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilir (Ulutürk, 2013, s. 52).

Koruyucu sağlık hizmetleri, ülkelerin birçoğunda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çerçevesinde düşünülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, sosyalleştirildiği zaman toplumsal sağlık problemlerinin azalacağı ve bunun sonucunda sağlık harcamalarında azalma olacağı ve tasarruf edilmesi beklenmektedir. Başka bir ifadeyle koruyucu sağlık harcamalarına yapılan bir liralık yatırım tedavi edici sağlık hizmetlerinden kartopu etkisiyle onlarca liranın üzerinde bir tasarruf yapılmasıyla sonuçlanmaktadır.

Hastalıklar ne kadar erken teşhis edilirse, tedavileri de o kadar hızlı, kolay, başarılı ve maliyet etkin olmaktadır. Pek çok kanser türünde erken teşhisle hastalıklar önlenmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile hastaların, maddi manevi motivasyonları olumlu yönde seyretmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kaynakların israfını önleyeceği gibi, hastanelerdeki hasta yoğunluğunu da azaltması beklenmektedir. Bu şekilde kişiler sağlık hizmetlerine daha

kolay ulaşarak, daha etkili bir sağlık hizmeti alma imkânına kavuşacaklardır (Kol, 2015, s. 153).

1.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığını kaybetmiş olan kişilerin, sağlık durumunda oluşan bozulmalara bağlı şekilde meydana gelen hastalıklar ve sakatlık durumunun tedavi edilmesi, iyileştirilmesi ve hastalığa sebep olan unsurların ortadan kaldırılması amacıyla dönük olarak sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin kapsamındaki tedavi kategorileri ikiye ayrılmakta olup aşağıda Tablo 1.1.'de açıklanmıştır.

Tablo 1.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Kapsamında Tedavi Kategorileri

1. Yatarak tedaviler	2. Ayaktan tedavi
<p>Sağlık kurumlarında yatışla ve taburcu işlemleri yapılarak uygulanan tedaviler, yatarak tedavi olarak değerlendirilir</p> <p>Aşağıda belirtilen ve sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan, 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan tedaviler, günlük tedavi olarak değerlendirilir.</p> <ul style="list-style-type: none">- Kemoterapi tedavisi,- Radyoterapi tedavisi (radyoterapi tedavi planlaması hariç),- Genel anestezi, bölgesel anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,- Renal diyaliz,- İntravenöz ilaç uygulaması.	<p>Yatarak tedavide belirtilen durumlar dışında kalan ve hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında veya bulunduğu yerde yatırılmaksızın sağlık hizmetlerinin sağlanması, ayaktan tedavi olarak kabul edilir.</p>

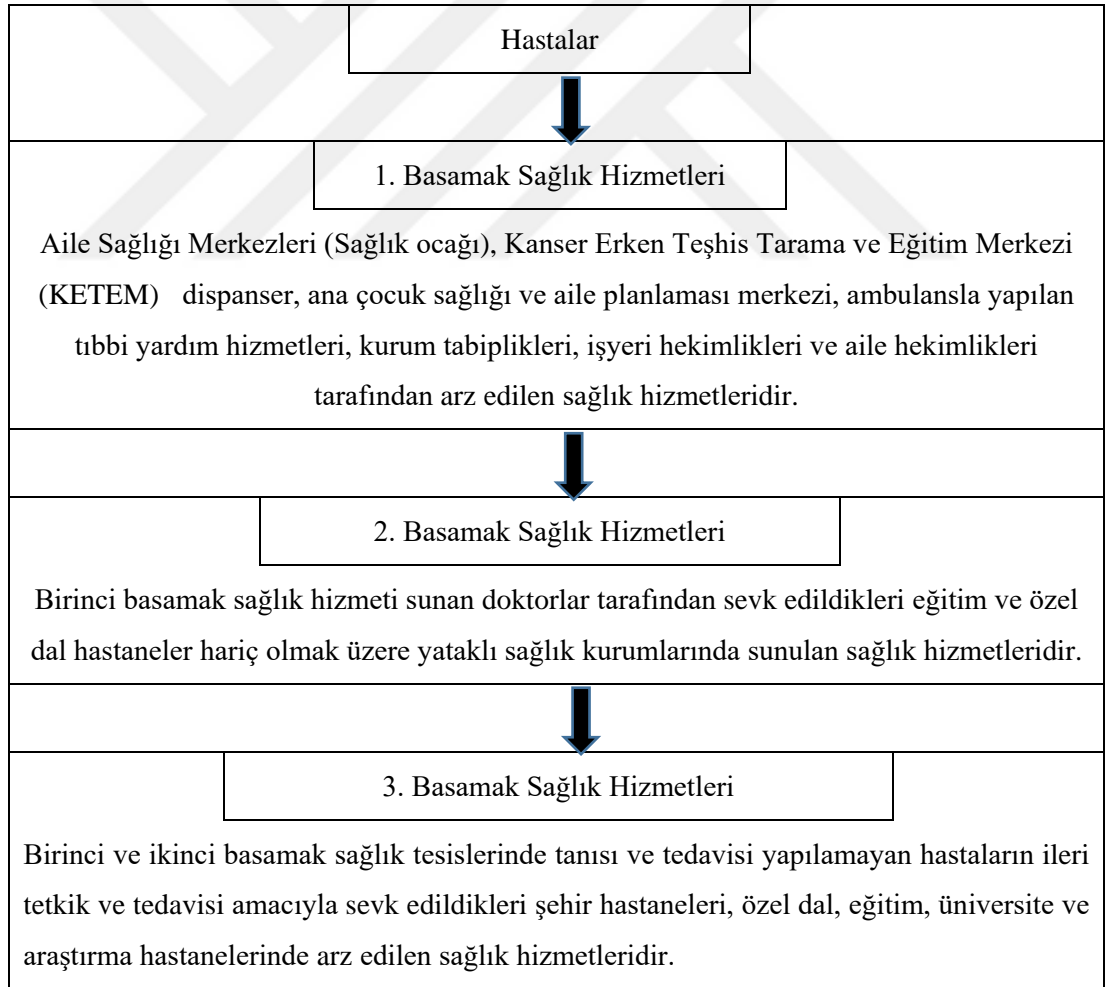
Kaynak: SGK, SUT, Madde 4.

Tedavi edici sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır (SGK, SUT, Madde 2.2):

a) Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastanın ilk başvurduğu sağlık kurumunda (Aile Sağlığı Merkezi (ASM), aile hekimliği, toplum sağlığı merkezi, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) muayene hekimliği ve dispanserler, acil sağlık hizmetleri,) ayakta verilen koruyucu ve tanı-tedavi hizmetlerini kapsamaktadır.

b) İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Orta ölçekte yataklı bir tedavi kuruluşunda (il devlet hastaneleri), uzmanlar tarafından verilen tanı ve tedavi hizmetlerini içermektedir.

c) Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: En üst düzeyde tıp teknolojisi uygulanan yataklı tedavi kurumlarında (şehir hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ve dal hastaneleri) verilen tanı, tedavi ve araştırma hizmetlerini kapsamaktadır.



Şekil 1.1. Hastaların Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Zinciri

Kaynak: Orhaner, 2006, s. 14

1.1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri; sağlık durumunun kötüleşmesine sebep olan hastalık, sakatlık, yaralanma gibi hallerin etkilerinin ortadan kaldırılmasından ve iyileştirilmesinden sonra, kişinin yitirdiği fiziksel ve ruhsal yeteneklerin yeniden kazanımının sağlanması ve bireyin başkalarına bağlı olmadan kendi hayatını devam ettirebilmesi kapsamındaki hizmetlerdir (Traş, 2013, s. 128). Rehabilitasyon edici (esinlendirici) tedavi hizmetleri ikiye ayrılmaktadır:

a) Tıbbi Rehabilitasyon: Hastalık veya travma sonucu oluşan engellilik, organ kaybı ya da yitirilen çalışma gücünün kazandırılmasına yönelik tıp ve sağlık personeline verilen hizmetleri kapsamaktadır. Fizik tedavi uygulamaları, ortez protez takma ve destek cihazları sağlama, komplikasyonların iyileştirilmesi tıbbi rehabilitasyon uygulamalarına örneklerdir.

b) Sosyal Rehabilitasyon: Sosyal çalışmacılar, psikologlar ve iyileştirmeye katkı sağlayan diğer personel tarafından yürütülen sosyal iyileştirme hizmetleridir. Uygun iş bulma, işe uyum sağlama, bakım evlerinde engelli ya da yaşlılara bakım, yaşlıların huzurevlerine yerleştirilmesi gibi uygulamalar sosyal rehabilitasyon hizmeti örnekleridir.

1.1.4.4. Sağlık Geliştirici Hizmetler

Sağlığın geliştirilmesi, kişilerin kendi sağlıklarını geliştirme ve kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık geliştirici hizmetler, kişilerin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanmasına yönelik hizmetlerdir. Sağlık geliştirici hizmetler, yalnızca hastalıkları önlemekle ilgili değildir. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri, bireyin uzun vadeli ve yüksek standartlı bir yaşam kalitesi için sergilemesi gereken davranışları kapsar. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri, bireyde sağlıklı yaşam ve uyum duygusunu uyandırarak kişinin enerjisini yükseltir ve bununla birlikte şiddet ve intihar gibi sosyal sorunların oranını düşürür (Bahar ve Açıl, 2014: 59).

1.1.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunan Kurum ve Kuruluşlar

Türkiye’de insan sağlığını koruyacak, iyileştirecek ve geliştirecek sağlık hizmetlerinin çoğu devlet tarafından üstlenilmiş bir kısmı ise özel sektöre devredilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. maddesi devletin bu

sorumluluğunu ve fonksiyonunu vurgulamaktadır: “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir (T.C. Anayasası, Madde 56). Anayasadan dayanağı alan bu durumda Türkiye’de, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp verilecek sağlık hizmetlerini düzenlemek görevi, devletindir. Buna göre Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tümü devletin görevidir ve sağlık hizmeti, kamusal hizmet anlayışıyla sunulmakta ve planlanmakta olup sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşlar eşit biçimde yararlandırılmaktadır.

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu’nun 1961 yılında kabul edilmesi ile beraber sağlık hizmetlerinin, vatandaşların ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde sürekli, yaygın ve bütüncül olarak sunulması hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda; sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri kurularak sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içinde bütünleşmiş bir organizasyon gerçekleştirilmiştir (Çavmak ve Çavmak, 2017, s. 50).

Türkiye’de, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, sosyal devlet anlayışıyla uyumlu bir uygulamanın bileşenidir. “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusunda Kanun” ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi düzenlenmiştir. 224 Sayılı Kanunun uluslararası seviyede halk sağlığı politikalarını belirleyen üç belgeyle uyumlu olduğunu söylenebiliriz. Bu düzenlemeler 1978 yılında yayımlanan ve Temel Sağlık Hizmetleri anlayışının düzenlendiği Alma Ata Bildirgesi, 1984 yılında Avrupa Birliği Bölgesi için belirlenen “2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri” ve 1998 yılında oluşturulan “Sağlık 21 Hedefleri”dir (Kurt ve Şaşmaz, 2012, s. 21).

Bir ülkede toplumlara ve bireyleri hastalıklardan korumak için temel sağlık hizmetleri olarak bilinen koruyucu sağlık hizmetlerinin herkese eşit şekilde ve bütün olarak sunabileceği birinci basamak sağlık hizmetlerinin bulunması gerekmektedir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri 1961 senesine değin dikey sağlık kurumları ve hükümet tabiplikleri marifetiyle yürütülmeye çalışılmıştır. 1961’de çıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile sağlık hizmetlerinin yatay bir organizasyon modeliyle sosyalleştirilmesi hedeflenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesiyle “dar bölgede geniş tabanlı hizmet” modeli önerilmiş olup, bu modelde koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkartılmıştır. Sağlık ocaklarında tam zamanlı çalışacak sağlık ekibi tarafından sunulan, sosyal devlet anlayışıyla, herkes eşit, devamlı, bedelsiz, bütüncül ve basamaklı sağlık hizmeti sosyalleştirmenin genel prensipleri şeklinde benimsenmiştir. 1963’de Muş’ta başlayan ilk pilot uygulaması, 1981 yılına değin 45 ile yayılmış ve 1983 senesinde bütün illerin de sosyalleştirildiği ilan edilmiştir (Kurt ve Şaşmaz, 2012, s. 21). Türkiye’de, 1961 yılında yasal olarak başlayan sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme uygulaması, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile 2003 yılında fiili olarak sonlandırılmıştır. Ancak sağlık hizmetlerinde sosyalleştirmenin temel prensipleri uluslararası seviyede hala geçerliliğini sürdürmektedir. Bu prensipler dikkate alınmadan çağdaş sağlık hizmeti sunumu mümkün değildir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi başka bir ifadeyle toplumsallaştırılması, vatandaşların tamamına gelir düzeylerinden bağımsız olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için eşit fırsatın tanınmasını ifade etmektedir. Bilhassa koruyucu sağlık hizmetleri çok sayıda ülkede sosyalleştirme içeriğinde yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sosyalleştirildiği zaman toplumdaki sağlık problemlerinin önlenmesi, azaltılması ve böylece sağlık harcamalarında azalmayla birlikte tasarruf edilmesi beklenmektedir (Altay, 2007, s. 33-58).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusunda Kanun Madde 9’da Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti teşkilatı aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir. Buna göre; sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatı, köylerden şehire kadar çok sayıda birimden oluşmaktadır.

“Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti teşkilatı; sağlık evleri sağlık ocakları, sağlık merkezleri ile hastaneleri, çeşitli koruyucu hekimlik teşekkülleri, sağlık hizmeti hususiyet arz eden yerler için kurulmuş sağlık teşekkülleri, sağlık müdürlükleri, bölge hastaneleri, bölge laboratuvarları, sağlık personeli yetiştiren eğitim müesseseleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı merkez teşkilatı ve diğer Bakanlık ve kurumlarda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile işbirliği yapmak üzere kurulmuş olan dairelerden teşekkül eder.”

Ayrıca aynı kanuna göre Türkiye’de, basamaklı hizmet ve sevk sistemi uygulanmaktadır. Buna göre sağlık sistemi en uçtan merkeze doğru sağlık evleri,

sağlık ocakları ve hastaneler olmak üzere yapılandırılmaktadır. Sağlık hizmetinden yararlanacak bireyler öncelikle bağlı oldukları sağlık evi ya da sağlık ocağına başvururlar ve tıbbi açıdan gerek görülmedikçe hastaneye sevk edilmezler (Madde 3). Bu sistem içinde sağlık ocakları birinci basamak, hastaneler ise yeterlilik düzeylerine göre ikinci ve üçüncü basamak kurumlar olarak tanımlanmaktadır.

Hükümet, 16.11.2002 tarihinde Acil Eylem Planı ile “Herkesin Sağlık” başlığıyla sağlık hizmetlerinde yürütülmesi planlanan ana hedeflerini duyurmuştur. Arkasından sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme uygulaması 2003 senesinde fiilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) açıklanarak sonlandırılmıştır. 2003 yılı başında SDP hazırlanmış ve uygulamaya geçilmiştir.

Acil Eylem planı içeriğinde “Herkesin Sağlık” başlığıyla sağlık hizmetleri konusunda yapılması planlanan ana hedefler aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir (Çavmak ve Çavmak, 2017, s. 51):

- a) Sağlık Bakanlığı'nın işlevsel ve yönetsel bakımdan re organize edilmesi,
- b) Vatandaşların tamamının genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- c) Bütün sağlık kurumlarının tek bir çatı altında toplanması,
- d) Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- e) Hastanelerin, finansal ve yönetsel bakımdan özerkliğine kavuşturulması,
- f) Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- g) Koruyucu hekimlik uygulamasının yaygınlaştırılması,
- h) Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- ı) Özel sektörün sağlık hizmetleri yatırım yapmasının özendirilmesi,
- i) Tüm kamu kuruluşlarının alt kademelere yetki devri,
- j) Sağlık hizmetleri alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

DSP'yle sağlık kurumlarının tek bir çatı altına toplanması, annelerin ve çocukların sağlığına özel önem gösterilmesi, koruyucu hekimliğin yaygın hale getirilmesi, kalkınmada öncelikli yörelerdeki sağlık personeli eksikliklerinin giderilmesi gibi bazı sorunlu alanlara çözüm getirilmesine yönelik hedefler konulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2010: 20).

Bu genel hedeflerle birlikte sağlık hizmetlerinin kısmen özel sektöre devredilmesinin alt yapısını oluşturan değişiklikler uygulanmaya başlanmıştır. Köklü bir anlayış değişikliği ile planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı anlayışına geçilmiştir. DSP'yle özel sektörün sağlık hizmetlerine yatırım yapmasını teşvik edilmesi, bütün kamu kurumlarında alt kademeye yetki devrilmesi, hastane yönetimlerinin idari ve mali bakımdan özerk bir bünyeye kavuşturulması ve aile hekimliği uygulamasına geçişin sağlanması hedeflenmiştir.

SPK'nın temel yaklaşımı sağlık finansmanının yeni bir sosyal sigorta sistemi ile sağlanması, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri sunumundan kademeli olarak çekilmesi ve sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulmasına kaydırılmasıdır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri prime dayalı yapılandırılması, hastanelerin işletme mantığıyla yönetilmesi, aile hekimliği sistemine geçilmesi planlanmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) 2002 senesinde ekonomi politikalarına uygun şekilde "hastanelerin gelir kayıplarının önüne geçilmesi ve profesyonel yönetim ve işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri, döner sermaye gelirlerinin etkin kullanılmasıyla alakalı ilkelerin yeniden saptanması gereksinimine" vurgulamıştır. DPT, 2003 yılında, "sağlık hizmetlerinin maliyet etkili arz edilmesi, sağlık hizmetlerinde hizmet sağlayan kurumların yeniden organize edilmesi, sağlık sisteminin finansal boyutunun yeniden yapılandırılması" konularıyla Sağlıkta Dönüşüm Projesi çalışmalarının başlayacağını ilan etmiştir. Sağlığın serbest piyasa mantığıyla organize edilmesi sürecinde "mevcut kaynakların rasyonel şekilde tahsis edilmesi ve sağlıkta önceliklerin saptanması maksadıyla kriterler geliştirilmesini hedefleyen" ulusal hastalık yükü ve maliyet etkinliği çalışmalarının yapılması artık sağlık hizmetlerinin kamu için bir yatırım sahası değil; sermaye için bir yük, boşuna gerçekleştirilen bir harcama olduğu bakış açısını göstermesi bakımından önem göstermektedir (DPT, 2003, s. 25).

SDP'nın amaçları; sağlık hizmetlerini etkili ve verimli bir şekilde, eşitlik içinde düzenlemek, finanse etmek ve sunmaktır. SDP'nin ana prensipleri birey merkezli olma, sürdürülebilir, sürekli kalite gelişimi içinde paylaşımcı, gönüllülük esasına dayalı, glerin dağılımını sağlayan bir işleyiş oluşturma; ademi merkeziyet ve hizmette rekabet unsurlarına yer verme şeklinde belirtilmiştir (Akdağ, 2011, s. 11).

SDP çerçevesinde planlanan bütün politikalar, halk sağlığı düzeyini yükseltmeyi amaçlamaktadır. SDP'nin ana amacı ise, sağlık hizmeti alanlarla sağlık hizmeti sunanların ayrıştırılmasıdır. SDP kapsamın da uygulanan politikalarla, sağlık

hizmetlerinde arz ve talep yönlü şekilde yükseliş sağlanması; sağlık harcamalarındaki artışın dengelenmesi ve sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynakların etkin kullanılmasının sağlanması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda değişimin ve dönüştürmenin sekiz ana konu üzerinde gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Bu konular şunlardır (Çavmak ve Çavmak, 2017, s. 52):

- 1) Planlayan ve denetleyen Sağlık Bakanlığı,
- 2) Bütün sağlık kuruluşlarını ve sağlık hizmeti alanları tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası (GSS)uygulaması,
- 3) Yaygınlaştırılmış, erişimi basit ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi,
 - Güçlendirilen temel sağlık hizmetleri,
 - Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - Yönetmel ve finansal özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4) Bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonlu sağlık çalışanı,
- 5) Sağlık sistemine destek verecek eğitim ve bilim kurumları ve üniversiteler,
- 6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetimi konusunda kurumsal yapılanma,
 - Ulusal İlaç Kurumu,
 - Tıbbi Cihaz Kurumu,
- 8) Karar süreçlerinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

SDP, sağlık sektörünü tüm boyutlarıyla ele alacak şekilde düzenlenmiş olup; bileşenlerden ve alt bileşenlerden oluşturulmuştur. Her bileşen bir diğer bileşenle ile bağlantılı olup sistem esasen üç ana unsur üzerinde tasarlanmıştır. Bunlar aşağıdaki gibidir:

a) Sosyal Güvenlik Kurumunun kurulması

Farklı çalışma gruplarını kapsayan BAĞ-KUR, Emekli Sandığı ve Sosyal Sigorta Kurumu (SSK) programları 2006 yılında entegrasyonu yapılarak sosyal güvenlik kurumu çatısı altına toplanmış ve SGK bunların hepsini takip eden tek kurum olarak yapılandırılmıştır. Bu yapılandırmanın devamı olarak SSK hastanelerinin tamamı Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu şekilde önceden SSK'lı olan hastaların tüm kamu sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alabilmelerinin önü açılmıştır.

Sağlık hizmetlerine erişim eşitliği çerçevesinde gerçekleşen adımlar, sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmış, bunun üzerine T.C. Sağlık Bakanlığı, kamu hastanelerinde ‘Performansa Dayalı Ödeme Sistemine’ geçmiştir.

Yeni modelde, özel sağlık kurumları ile sözleşmeler yapılarak hastaların bu kurumlara sevkine imkân sağlanmıştır. GSS çerçevesinde yapılan bu düzenlemeler, sağlık hizmetlerine ulaşmada bulunan kaynak kısıtını azaltılmakta ve sağlık hizmeti çıktılarında mühim artışlar sağlamaktadır.

SDP, hakkaniyet prensibi çerçevesinde, bireylerin gelirleri ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları oranında alacakları bir sosyal sigorta modeli geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu kapsamda, devlet hastaneleri ile SSK hastaneleri ve Kamu Kurumları hastaneleri (Polis Hastanesi, PTT Hastanesi vb.) arasındaki ayrımın sonlandırılarak, kamu hastane işletme modelleri arasında bütünlük sağlanmıştır. Bütün sosyal güvenlik kuruluşları tarafından ortak bir ilaç veri tabanının kullanılması ile aynı standartlara dayalı, tek elden ilaç takibi ve kontrolünün yapılmasına imkân sağlayan alt yapı oluşturulmuştur (Akdağ, 2010, s. 37).

Vatandaşlara GSS bağlamında iş kazaları ve meslek hastalıkları dışında ve tıbbi gereklilikler dışında estetik amacıyla yapılan tıbbi müdahalelerin, tüp bebek gibi üreme yardımcı yöntemlerinin ve alternatif tıp uygulamalarının giderleri haricinde geniş bir sağlık hizmeti sunulmasını kapsamaktadır. Online provizyonlar, tanı-tedavi protokolleri ve paket sözleşmeler gibi çağdaş kontrol ve takip sistemleriyle sigortalıların sağlıkları korunmakta aynı zamanda kaynak israfı önlenmektedir (Orhaner, 2006, s. 13).

b) Aile Hekimliğinin modeline geçilmesi

Dünya Bankası (WB) tarafından 2003 yılında yayınlandığı raporda Türk sağlık sistemi için önerilen Aile Hekimliğinin modeli, birinci basamak sağlık hizmetleri, topluma yönelik ve kişiye yönelik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Buna göre topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı merkezleri tarafından sunulurken kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliği tarafından sunulacaktır (Ataay, 2008, s. 169). Aile hekimliği modeline göre; aile hekimleri, GSS ile sözleşme yaparak muayenehane sistemi çerçevesinde hizmet sunacaklardır. Ancak GSS sisteminin tam olarak uygulamaya koyulamaması nedeniyle aile hekimlikleri, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilmektedir. GSS sisteminin tam olarak

uygulamaya geçmesi ile birlikte aile hekimliklerinin finansmanının anlaşma yoluyla sağlanması öngörülmektedir. Sistemin uygulamaya geçmesi ile birlikte primlerini düzenli ödemeyen vatandaşların aile hekimliği sisteminden yararlanması mümkün gözükmemektedir. Uygulaması planlanan aile hekimliği sisteminin en önemli özelliği ise, sevk zincirinde zorunlu basamak olmasıdır.

Aile hekimliği sisteminde, hekimler kamu elemanı olmak yerine ücretinin piyasa durumlarına göre kazanan girişimciye dönüştürülmektedir. Aile hekimleri personelini kendileri seçebilmekte ve tıbbi hizmet dışındaki gereksinimleri outsource firmalar aracılığıyla sağlayabilmektedir (Erol ve Özdemir, 2014, s. 9-10). Esasen, Sağlıkta Dönüşüm Programı incelendiği zaman, hizmet sunumunun girişimcilere yani özel sektöre bırakılması, kamunun sağlık sigortacılığı tarafında yer almasının amaçlandığı gözlenmektedir. Bu alanda özellikle aile hekimliği özelinde incelendiği zaman, İngiltere’de yer alan mevcut hali ile Klinik Komisyonlar(Clinical Commissioning Groups-CCGs) , eski adı ile Birinci Basamak Sağlık (Primary Care Trusts) büyük bir emsal teşkil etmektedir. CCGs, Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) ile sözleşmeli olarak çalışan aile hekimlerinden oluşmaktadır. İngiltere’de sağlık hizmetlerinin finansmanı da aslında genel vergilerden değil, sağlığa özel vergilerden karşılanmaktadır (Arı vd., 2016, s. 33).

c) Kamu Hastane Birlikleri (KHB) kurulması (reformu)

Kamu Hastane Birlikleri (KHB) 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile 02 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak uygulamaya girmiştir. KHB Reformunun hedefi, T.C. Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin KHB çatısı altında ‘özerk’ olarak yeniden yapılandırılmasını sağlamaktır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından, kaynakların etkin ve verimli kullanılabilmesi amacıyla kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları ile il düzeyinde kamu hastane birlikleri kurulur ve işletilir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurularak aynı il içinde birden fazla birlik kurulabilir. Bir ilde birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz. Birden fazla birlik kurulan illerdeki ve belli bölgedeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilir (663 sayılı KHK’nın 30. Maddesi). Örneğin, İstanbul ilinde Anadolu Güney KHB, Anadolu Kuzey KHB, Bakırköy KHB, Beyoğlu KHB, Fatih KHB ve Çekmece KHB’den oluşan 6 KHB kurulmuş olup Beyoğlu KHB aynı zamanda Koordinatör KHB olarak faaliyete geçmiştir. Bu düzenlemeyle beraber, Sağlık Bakanlığı’na bağlı ikinci ve üçüncü

basamak sağlık kuruluşları idari yönden özerk bir yapıya kavuşturularak sağlık işletmesi modeline göre yeniden yapılandırılmıştır. Bu şekilde Sağlık Bakanlığı, sağlık sektörü ve sağlık piyasasında denetimden ve düzenlemeden sorumlu bir üst yönetim birimi haline dnştrlmştir.

1.1.5.1. Düzenleyici Kurum ve Kuruluşlar

2003 yılında SDP'nin uygulamaya konmasından sonra Sağlık Bakanlığı'nın işlevleri ve yönetim yapısı ciddi biçimde değişikliğe uğramıştır. Sağlık Bakanlığı'nın rolü uygulayıcı olmakta ziyade düzenleyici ve denetleyici rolüne doğru kaymıştır.

1.1.5.1.1. Sağlık Bakanlığı (SB)

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) açılışı ile beraber 3 Mayıs 1920 tarihinde yürürlüğe giren "3" numaralı Kanun ile kurulmuştur. SB'nin kurulmasıyla beraber sağlık sisteminin de temelleri atılmış ve sağlık sisteminin planlanmasından, düzenlenmesinden sorumlu olan SB'nin görev ve fonksiyonlarını ortaya koyan birçok mevzuat çıkarılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık politikalarının belirlenmesinden, sağlık hizmetlerinin planlanmasından, finansmanından ve yürütülmesinden sorumlu kuruluşlar olmuştur. Türkiye'de, devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütülmesi T.C. Sağlık Bakanlığı'na görev olarak verilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın fonksiyonlarını dört başlıkta toplamak mümkündür. Bunlar (Aktan, 2012, s. 33):

- a) sağlık politikalarının belirlenmesi,
- b) sağlık politikalarının yönetimi,
- c) sağlık hizmetlerinin sunulması
- d) sağlık hizmetlerinin finansmanıdır.

1.1.5.2. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)

Çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin en temel niteliği, risklerden korunmaya öncelik vermesidir. Risklerden korunma kazalardan korunmayı, hastalıklardan korunmayı en genel anlamda yaşam kalitesini yükseltmeyi ve hayata değer verilmesini gerektirir. Türkiye'de, Sosyal Güvenliğin temelleri Cumhuriyet döneminin ilk iş kanun olan 1936 tarihli 3008 Sayılı Kanun ile atılmış, sosyal sigortaların kademeli

olarak kurulmasını öngörölmüş, ancak ilk sigorta kollarının ortaya çıkması için on yıl geçmiştir. Sosyal sigortaların kuruluş tarihi olarak 1946 yılı kabul edilmektedir.

1964 yılında, 506 sayılı Kanun ile daha önce işçi statüsünde bulunan çalışanlar için düzenlenen sigorta kolları tek bir kanun ile düzenlenerek, İşçi Sigortaları Kurumu'nun adı Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olarak değiştirilmiştir. Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi, sigorta esasına dayalı ve çalışanlara memur, işçi ya da serbest çalışan olarak farklı alt sistemler içerisinde koruma sağlayan bir sistem olarak biçimlenmiştir. Bu gelişmeler sonucunda, Türkiye'de SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur olmak üzere üç ayrı sosyal sigorta kuruluşu ile sosyal güvenlik hizmetleri kurumsallaşmıştır (Gökbayrak, 2010, s. 144-145).

Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık yardımları SGK tarafından karşılanan ve tanımlanan kişilerin, sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretler ile tedavi yardımlarının verilmesine ilişkin esas ve usullerin saptanması amacıyla Sağlık Uygulama Tebliğini yayınlamıştır.

1.1.5.3. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (SPGK), sağlık alanında kullanılmak üzere Dünya Bankasından alınan kredilerin kullanılmasının koordinasyonunun ve yönetiminin sorumluluğunu üstlenmiştir (Özkal, 2002, s. 35).

Türkiye'de, sağlık hizmetlerini yerine getiren ana kuruluşlar hastaneler, sağlık ocakları ve rehabilitasyon merkezleridir. Bununla birlikte dispanserler, ana çocuk sağlığı merkezleri ve muayenehanelerde sağlık hizmetlerini yürüten kuruluşlardır.

1.2. Hastanelerin Tanıtılması

Sağlık hizmetlerinin yerine getirildiği sağlık hizmet işletmeleri olan hastaneler, günümüze kadar öneminden bir şey kaybetmeyen toplumsal hayatın zorunlu kurumlarından bir tanesidir. Çok önemli bir konuma sahip olan hastanelerin özelliklerinin, amaçlarının ve işlevlerinin bilinmesi ve sınıflandırılması önem arz etmektedir. Bireyin sağlık hakkı doğumuyla beraber başlar. Sağlıklı yaşamak her bireyin temel ihtiyacı olup bu ihtiyaç hastaneler aracılığıyla karşılanmaktadır.

1.2.1. Hastane Kavramı

Sağlık sisteminin alt sistemlerinden biri olan hastaneler, topluma sağlık hizmeti sunumunda en önemli rolü oynamakta, sağlık sisteminin “temel taşı” veya “denge noktası” olma özelliği taşımaktadır (Yiğittop, 2008, s. 4).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri; “müşahede, teşhis, tedavi ve iyileştirme olarak sınıflandırılan sağlık hizmetlerini sunan, hastaların kısa ya da uzun süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” şeklinde tanımlamaktadır. (<https://www.who.int/data/stories>).

Sağlık Bakanlığının Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 4. maddesinde hastaneler; yataklı tedavi kurumları olarak nitelendirilmekte ve “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır” şeklinde tanımlanmaktadır.

Hastaneler; her çeşit sağlık hizmetlerinin ekonomik şekilde sürekli olarak üretildiği, bununla birlikte aynı zamanda eğitim, araştırma ve toplumsal sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü, kar amacı gütmeyen, sağlık sektörü piyasasında çevre unsurlarından etkilenen ve çevresini etkileyen, çok sayıda girdiyi işleyerek faydalı hizmetler haline dönüştüren, kompleks, pahalı ve kendisine has nitelikler taşıyan bir hizmet işletmesidir (Alptekin, 2007, s. 20).

Hastaneler, sağlık hizmetlerini üreten günümüzün en karmaşık işletmeleri yapısal, teknolojik ve çevresel nitelikleri sebebiyle yüksek uzmanlaşma düzeyine sahip bir örgüt ve sosyal örgütlerin en eski örneklerinden birini oluşturan organizasyonlardır (Aslan, 2004, s. 599).

Hastaneler için yukarıdaki yapılan tanımlar genelde hastanelerin işlevlerinden hareketle yapılmaktadır. Başka bir ifadeyle hastanelerin sadece teşhis, tanı, tedavi ve hasta bakımına yönelik fonksiyonlarını dikkate alınarak tanım yapılmaktadır. Oysa hastaneler, sistem yaklaşımı içerisinde de ele alınarak tanımlanabilir. Sistem yaklaşımına göre; hastaneler dinamik, değişken bir çevre içinde girdilerini dönüştürme süreçlerinden geçirerek çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye sunan, geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanelerin girdileri insan gücü, hasta, malzeme, teknoloji, bilgi ve sermayedir. Çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, tıp öğrencilerinin klinik eğitimi, araştırma geliştirme

faaliyetleri ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. Hastanelerin dönüştürme süreçleri ise planlama, örgütleme, yürütme, kontrol ve yeniden düzenleme faaliyetlerini kapsamaktadır. Buna göre hastane yönetimi açısından hastaneler yalnızca tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekânlar değil, aynı zamanda refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, kültürel düzey, sağlık sisteminin yapısı, sosyal güvenlik, politik sistem, sağlık politikaları gibi çok sayıda bireysel, çevresel ve üst sisteme ait unsurların etkisine açık bir sistemdir (Kurtulmuş, 1998, s. 233).

Sonuç olarak hastaneler, hastaları ve yaralıları sistematik bir biçimde tedavi ederek şifa veren ve bu hizmeti verebilmek için çeşitli işletme stratejileri geliştirip uygulamaya koyan kompleks bir örgüt, medikal bir kurum, iktisadi yapıda bir işletme, eğitim ve araştırma kurumu ve sosyal bir kurumdur.

1.2.2. Hastanelerin Amaçları ve İşlevleri

Hastaneler bireylerin en temel ihtiyaçlarından olan sağlık ihtiyacını karşılayan bu yönüyle toplumsal işlevi çok fazla olan kurumlardır. Aşağıda hastanelerin amaçları ve işlevleri açıklanmıştır.

1.2.2.1. Hastanelerin Amaçları

WHO göre hastanelerin amaçları, hastaların evlerinde ya da doktor muayenehanelerinde tedavilerinin ve bakımlarının gerçekleştirilmesi, personelin tıbbi eğitimlerinin gerçekleştirilmesi ve tıbbi araştırmaların desteklenerek bilimsel faaliyetlere faydası olan bir işletme biçiminde faaliyet gösterilmesidir. Başka bir ifadeyle hastanelerin amaçları, düşük maliyet ile yüksek kaliteli hizmet sunumunu sağlarken, teknolojinin son imkânlarını kullanarak daha fazla kişiye hizmet sunulmasını ve araştırmalar yaparak hastalıkların ortaya çıkmaması ve tedavi süreçlerini halkın yararına kullanılmasını sağlamaya çalışmaktır (Kamçı, 2003, s. 63).

Hastanelerin amaçlarından en önemlisi hasta beklentilerini karşılamaktır. Hastanelerin hastaları ve yaralıları tedavi etmeleriyle beraber kişilerin ve toplumun sağlığına olan etkisi de teşhis ve tedavi kadar önemlidir. Bu sebeple, hastaneler karlılık amacının değil sosyal sorumluluk amacının ön plana çıktığı işletmelerdir. Hastanelerin temel amacı olarak ön plana çıkan sosyal sorumluluk, sağlık hizmetleri yürütülürken toplumsal çıkarların gözetilmesinin gereğini ifade eder. Hastaneler, sağlık hizmetlerini

sunarlarken ilk olarak toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesi için katkıda bulunulması amacını gütmektedirler. Bilhassa kar amacı gütmeyen kamu hastanelerinin ilk amacı olan sosyal sorumluluk ilkesi gereğince, ihtiyaı olan herkese, ihtiyaç duyduğu anda, adil ve eğit biçimde sağlık hizmeti sunmak olarak karđımıza gelmektedir (Akar ve zalp, 2002, s. 58-150).

1.2.2.2. Hastanelerin İşlevleri

Hastanelerin fonksiyonları, tıbbi işlev, hasta bakımı işlevi, idari ve mali işlev, teknik işlev, otelcilik işlevi, eğitim, araştırma ve geliştirme işlevleri ve sosyal işlevler ile koruyucu hekimlik işlevleri olarak sayılmaktadır. Hastanelerin amaçlarına ve misyonlarına göre farklılık gözetmekle birlikte bu işlevler genelde dört temel işlev başlığında toplanmaktadır. Bu işlevler aşağıdaki gibidir:

- Tıbbi hizmetler işlevi,
- Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri işlevi,
- Eğitim işlevi,
- Araştırma işlevidir.

a) Tıbbi Hizmetler İşlevi

Hastanelerin temel işlevi, “tıbbi hizmetler” işlevidir. Bu açıdan hastaneler, hastalara ve yaralılarına ayaktan ve yatarak teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerini farklı meslek gruplarından çok sayıda kişinin katılmasıyla sağlayan sosyal bir kuruluştur (Gedikli, 1998, s. 50). Hastanelerin ana işlevi olan tıbbi hizmetler faaliyetleri, klinik, poliklinik, rehabilitasyon, teşhis, tedavi, gözlem, ameliyat gibi hizmet faaliyetlerini kapsamaktadır. Tıbbi hizmetler işlevi, ilaç ve eczacılık hizmetleri ile laboratuvar hizmetlerini de içermektedir.

b) Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri İşlevi

Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, diğer işlevlere göre daha öncelikli bir pozisyonadadır. Bunun sebebi korumanın, tedavi etmekten çok daha az maliyetli olmasıdır. Bilhassa ülkenin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin etkinliği de artmaktadır (Altay, 2007, s. 34).

c) Eğitim İşlevi

Hastaneler aynı zamanda birer eğitim kurumları olarak tıbbi eğitim işlevini de yerine getirmektedirler. Hastanelerde sunulan veya hastanelerden beklenmekte olan temel eğitim hizmetleri;

- Hastaların ve yakınlarının eğitilmesi,
- Medikal öğrencilerin eğitilmesi,
- Hastane personelinin hizmet-içi eğitilmesi,
- Sağlık konularında kamuoyunun bilinçlendirilmesi

olarak sıralanmaktadır (İkis, 2011, s. 57).

d) Araştırma İşlevi

Hastaneler aynı zamanda sağlığa ilişkin araştırmalarında gerçekleştirildiği mekânlardır. Araştırmalar, her zaman insanoğlunun ilerlemesi için önemli ve gereken bir işlemdir. Araştırma, bir yöntemle dayanarak ve tasarımı doğrultusunda bilimsel bilgi üretimini amaçlar. Bulunan bilginin, bilimsel bilgi olarak kabul edilebilmesinin koşullarından bir tanesi ise insan üzerinde araştırmaların yapılmasıdır. Bu tür araştırmalar bilhassa tıp sahasında gerçekleştirilmekte ve klinik araştırmalar adını almaktadır. Klinik araştırmalar, yeni bir tıbbi yöntemin (ilaç, tedavi yöntemi, tıbbi cihaz, tıbbi prosedür gibi) insan üzerinde denenmesini gerektiren araştırma çabalarıdır. Klinik araştırmaların yapılması, tedavi edici ve hayat kurtarıcı olan tıbbi uygulamaların geliştirilmesi için gereklidir (Atıcı, 2009, s. 147).

Potansiyel ilaçların, tıbbi cihazların, diğer tanı/tedavi ürün ve yöntemlerinin kamunun kullanımına sunulması için bu ürün/yöntemlerin güvenliliğinin ve etkililiğinin bir dizi araştırma ile ispatlanması gerekir. Gönüllü kişilerin katılımıyla gerçekleştirilen ve tıbbi bilgi elde etmeyi amaçlayan bu bilimsel çalışmalara klinik araştırma denir. Klinik araştırmalar yeni tedavi yöntemlerini/ürünlerini araştırmanın yanında bilinen bir tedavi yönteminin/ürününün daha etkin kullanım şeklinin bulunması veya bu yöntem/ürünler hakkında daha fazla bilgi edinilmesi amacıyla da yapılabilir.

Klinik araştırmalar, sorumlu araştırmacının başkanlığında, yeterli eğitim ve deneyime sahip araştırmanın niteliğine uygun bir ekiple yürütülür. Sorumlu araştırmacı, araştırma konusu ile ilgili dalda uzmanlık veya doktora eğitimini

tamamlamış olup, araştırmanın yürütülmesinden sorumlu olan hekim veya dış hekimidir.

Klinik araştırmalar,

- Gönüllülerin emniyetini sağlayabilecek,
- Araştırmanın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi ve takip edilebilmesine elverişli,
- Araştırmanın niteliğine göre gerekli ve yeterli personel, teçhizat ve laboratuvar imkânlarına sahip,
- Acil müdahale gerekebilecek durumlar da dâhil olmak üzere gönüllü için uygun bakım hizmeti verebilecek, gönüllünün gerektiğinde daha ileri bir sağlık kurum veya kuruluşuna nakledilebilmesini mümkün kılacak yeterli imkân ve donanıma sahip,

Üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, üniversitelere bağlı onaylanmış araştırma geliştirme merkezleri ve Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde tercihen klinik araştırma yapmak üzere tasarlanmış yerlerde yapılabilir.

Bu merkezler ve hastanelerde yapılan klinik araştırmalara, gereğinde bu merkezlerin ve hastanelerin koordinatörlüğünde veya idarî sorumluluğunda olmak kaydıyla, belirtilen nitelikleri haiz diğer sağlık kurum ve kuruluşları da dâhil edilebilir.

Bir klinik araştırmaya, bizzat kendisinin veya yasal temsilcisinin yazılı olurunun alınması suretiyle gönüllü hasta veya sağlıklı kişiler katılabilir.

1.2.3. Hastane İşletmelerini Diğer İşletmelerden Ayıran Özellikler

Hastaneler, toplumsal sağlığı korumak üzere sağlık hizmetlerini yürüten kuruluşlardır. Hastaneler hizmet işletmeleri oldukları için bir hizmet işletmesinin karakteristik özelliklerinin çoğunu taşırlar. Buna rağmen hastaneler ile diğer hizmet işletmeleri arasında temel farklılıklar vardır. İlk olarak, hastaneler diğer hizmet üretimi yapan işletmeler gibi öncelikli amaç olarak karlılık amacını ön plana almazlar. Hastaneler için bireylerin ve toplumun sağlığının yükseltilmesi önceliklidir. Bu yönleriyle hastanelerin sosyal amaçları ön plandadır (Okursoy, 2010, s. 84).

Bir sağlık kurumu olarak hastaneleri diğer işletmelerden farklı kılan belli başlı nitelikler aşağdaki gibidir (Seçim, 1991, s. 19-21, Karahan ve Özgür, 2011, s. 6).

- Hastaneler bir hizmet organizasyonudur.

- Hastaneler, varlıklarını sürdürdükleri çevrenin sınırlarını çizmenin zorluğu sebebiyle karmaşık bir yapıya sahiptirler.
- Hastanelerde çok fazla iş bölümü aynı anda hizmet vermektedir.
- Hastanelerde, değişik uzmanlık alanları “karşılıklı bütünleyici bağımlılık” prensibiyle hareket etmektedir.
- Hastaneler, çevreyle sürekli olarak etkileşim içinde olmaları sebebiyle açık ve hareketlilik sistemlerdir.
- Hastaneler matriks yapıda faaliyette bulunan organizasyonlardır. Matriks örgüt modeli, işlerin fonksiyonel faaliyetler esas alınarak sınıflandırıldığı bir örgüte başka bir örgütün eklenmesiyle meydana gelen bir modeldir (Tengilimoğlu, 2012, s. 53).
- Hastaneler 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet sunan işletmelerdir.
- Hastanelerin personelinin önemli bir kısmı kadınlardan oluşmaktadır.
- Hastanelerde teknolojik kullanımı oldukça yoğundur.
- Hastaneler maliyetleri oldukça yüksek olan işletmelerdir.
- Hastaneler sosyal sorumluluk anlayışı ile hizmet sunan kuruluşlardır.

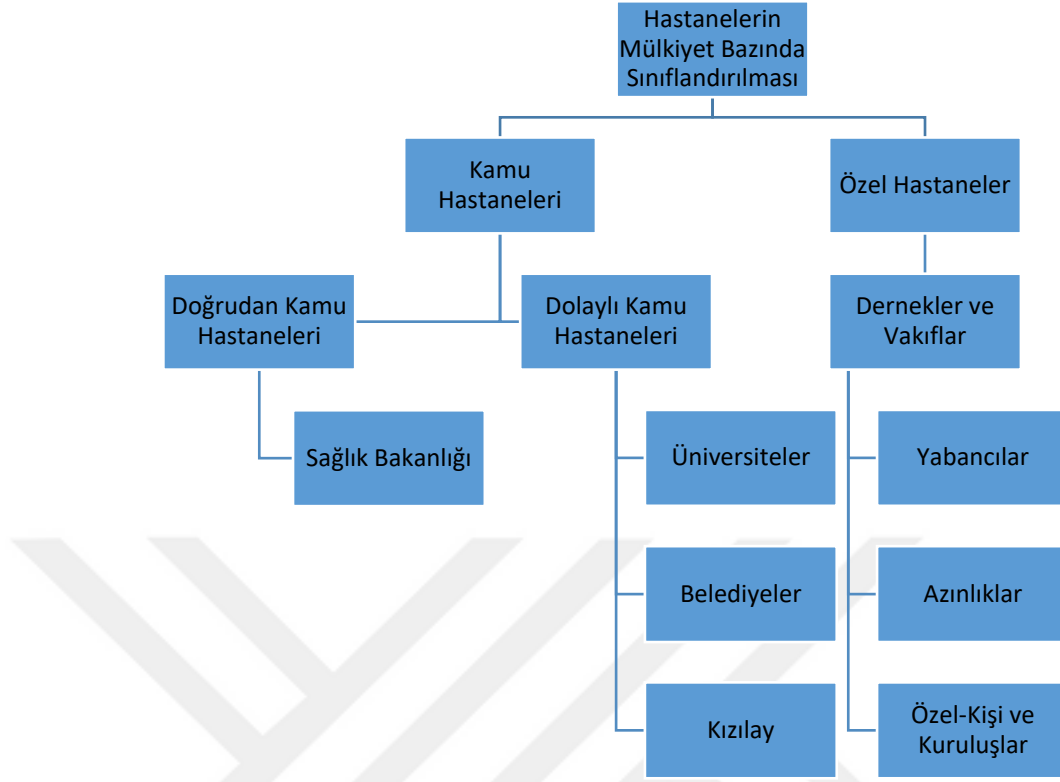
İlk olarak, hastaneler diğer üretim yapan işletmeler gibi öncelikli amaç olarak kar etmeyi birinci planda düşünmezler. Hastaneler için bireylerin ve toplumların sağlığının yükseltilmesi önceliklidir. Bu yönleriyle hastanelerin birer işletme olmakla beraber sosyal amaçları ön plandadır (Okursoy, 2010, s. 84).

1.2.4. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler mülkiyetlerine, işlevlerine, eğitim durumlarına, hizmet durumlarına ve yatış sürelerine göre farklı sınıflandırmalara tabi tutulmaktadır.

1.2.4.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Hastanelerin mülkiyet esasına göre sınıflandırılması, hastanenin sahipliğinin hangi kuruma ve kuruluşa ait olduğu ya da kurumların ve kuruluşların niteliklerinin neler olduğunun tespit edilmesiyle sınıflandırma yapılmasıdır. Hastanenin sahipliği hangi kuruma ya da kuruluşa aitse yönetimi ve kontrol gücü de o kuruma ya da kuruluşa aittir. Bu sebeple mülkiyet esasına göre gerçekleştirilen sınıflandırma, yönetim ve kontrol esasına göre gerçekleştirilen bir sınıflandırmadır (Tengilimoğlu vd., 2009, s. 138).



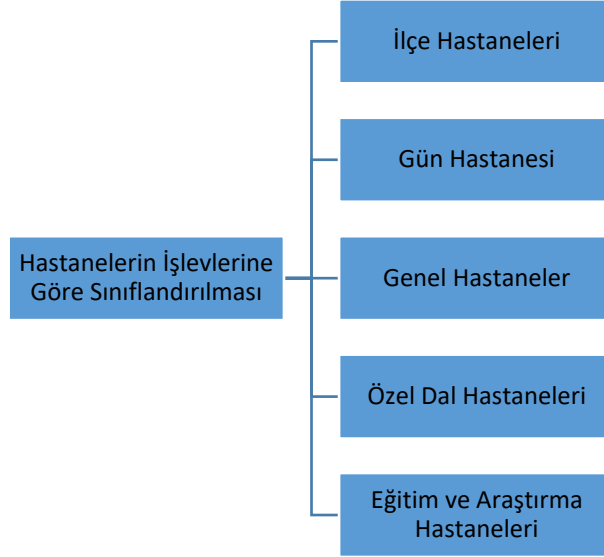
Şekil 1.2. Mülkiyet Esasına Göre Hastane Sınıflandırması

Kaynak: Tengilimoğlu vd., 2009, s.138.

Türkiye’de hastaneler bu sınıflandırmaya göre kamu, yarı kamu ve özel hastaneler şeklinde sınıflandırılmıştır. Kamu hastanelerinin kuruluş amacı hizmetin herkes tarafından erişilebilir olmasıdır. Kızılay’ın ve belediye hastanelerinin sağlık hizmetlerine diğerlerine oranla az katkısı vardır. Üniversite hastaneleri eğitim ve araştırma hizmetleri ile birlikte üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Özel hastanelerin kuruluş amacı genellikle kar elde etmek ve bunun sürekliliğini sağlamak olarak kabul edilmektedir.

1.2.4.2. Hastanelerin İşlevlerine Göre Sınıflandırılması

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 5. maddesine göre sağlık kurumları işlevlerine göre aşağıda Şekil 1.3.’de görüldüğü gibi 5 gruba ayrılarak sınıflandırılmaktadır:



Şekil 1.3. Hastanelerin İşlevlerine Göre Sınıflandırılması

a) İlçe-belde hastanesi

Yapısında 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yataraktan tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini barındıran, görev yapan doktorların tedavi yaptıkları, ileri seviyede tetkik ve tedavi gerektiren hallerde hastaların stabilize edilerek uygun bir biçimde sevkinin gerçekleştirildiği sağlık kurumlarıdır.

b) Gün hastanesi

Birden fazla dalda, günü birlik ayaktan muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri sunulan asgari 5 gözleme yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde ya da bir hastaneyle koordineli olarak kurulan sağlık kuruluşlarıdır.

c) Genel hastaneler

Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeden, yapısında mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yataraktan hastaların muayenelerinin ve tedavilerinin gerçekleştirildiği en az 50 yatağa sahip sağlık kurumlarıdır.

d) Özel dal hastaneleri

Belli bir yaş ve cins grubu hastalar ya da belli bir hastalığa yakalananların, ya da bir organ ya da organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının gerçekleştirildiği sağlık kurumlarıdır.

e) Eğitim ve araştırma hastaneleri

Eğitim, öğretim ve araştırmaların yapıldığı uzman ve yan dal uzmanlarının yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır. Şehir Hastaneleri de Eğitim ve Araştırma Hastanesi statüsündedir. Yataklı tedavi kurumlarındaki poliklinik hizmetlerine halkın kolayca erişebilmesi, hastanelerin polikliniklerindeki yoğunluğun önlenmesi amacıyla hastanelere bağlı olarak semt poliklinikleri kurulabilmektedir. Semt polikliniklerinin kurulması, hizmetin sunum biçimi, poliklinik ve acil servis hizmetlerinin çalışma usulleri ve esaslarıyla görevlendirilecek personelin, görevlerine, yetkilerine ve sorumluluklarına dair usul ve esaslar Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan bir yönerge ile belirlenmektedir.

1.2.4.3. Eğitim Durumuna Göre Hastaneler

Hastaneler, eğitim durumlarına göre, eğitim amacı taşıyan ve eğitim amacı taşımayan şeklinde ikiye ayrılarak sınıflandırılmaktadır. Özellikle üniversitelerin bünyesindeki eğitim araştırma hastanelerinde sağlık hizmetleri yürütülürken eş zamanlı olarak temel tıp eğitimi, uzman hekim eğitimi, stajyer eğitimi ve sağlık bilimi araştırmaları da birlikte yapılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000, s. 78).

1.2.4.4. Hizmet Durumuna Göre Hastaneler

Hastanelerin hizmet durumlarına göre daha çok belirli hastalıklara yönelik tedavi hizmetlerini içermelerine göre yapılan hastane sınıflandırmasıdır. Hastaneler bu sınıflandırmada, “genel hastaneler” ve “özel dal hastaneleri” olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel hastaneler, hastalık ve cinsiyet ayırımı yapılmadan tüm hastalara hizmet verilen hastane niteliğindedir. Özel dal hastanelerinde (ihtisas hastaneleri) ise hastalığın türüne göre ayırım yapılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000, s. 78).

Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Hastaneleri, Onkoloji Hastaneleri, Kadın Doğum hastaneleri hizmet durumuna göre yapılan hastane sınıflandırmasında özel dal hastanelerine örnektir.

1.2.4.5. Yatış Sürelerine Göre Hastaneler

Yatış sürelerine göre hastaneler, ikili sınıflandırılmaktadır. Buna göre, sınıflandırmada birincisi akut bakım gerektiren tedavi hastaneleri ikincisi ise kronik bakım gereken tedavi hastaneleri şeklinde yapılır. Akut bakım gerektiren tedaviye göre

yapılan sınıflandırmada hastanın yatma süresi 30 günden azsa gerçekleştirilmekte ve bu hizmeti kamu hastaneleri yürütmektedir. 30 günden daha çok yatma gerektiren kronik hastalık tedavisi halindeyse kronik bakım gerektiren tedavi hizmetleri sunan hastaneler sınıfında hizmet verilmektedir. Buna örnek, “ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri” ile “kemik hastalıkları hastaneleri” gösterilebilir (Seçim, 1991, s. 8).

1.2.5. Hastanelerin Faaliyet Yapısı

Hastanelerin faaliyet yapıları kapsamında muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, tetkik işlemleri ve ameliyat işlemleri aşağıda incelenmiştir.

1.2.5.1. Muayene Öncesi Hizmetler

Poliklinik hizmetleri, hastaların polikliniğe gelebilmek için randevu almasıyla başlar. Randevu alınmasıyla başlayan bu süreç, tıbbi sekreterlerin kayıt alması ve doktorların muayenelerini yapmasıyla sürmektedir.

Hastalar, muayene olmayı istedikleri poliklinikten randevularını alarak ayaktan tedavi sürecini başlatmaktadırlar. Poliklinik muayenesi randevuları hastanelerde çeşitli şekillerde verilmektedir. Hastane randevusu, internet üzerinden verilebildiği gibi kayıt kabul sekreterlikleri tarafından da verilebilmektedir. İnternet yoluyla randevular, hastanenin web sayfası kanalıyla alınabilmektedir. Hastane web sayfasındaki randevu alma linki tıklandığı zaman polikliniklerin ve hekimlerin adları sıralanmakta, randevu sırası dolana kadar istenilen güne ve saate randevu alınabilmektedir. İnternetle randevu dağıtımını yöntemi interneti kullanmayı bilmeyen veya bulunduğu yerde internet olmayan hastalar için oldukça zor olmaktadır. Hastaların gözünden zor gibi algılanmasına karşın, oldukça basit ve kolay bir uygulamadır. Son yıllarda akıllı telefonlar aracılığıyla online randevu alma işlemleri daha da kolaylaşmıştır. Bir başka randevu alma yöntemi ise telefon olup; hastalar, ilgili bölüm sekreterliğini telefonla arayarak randevularını alabilmektedirler. Bölümlerin sekreterleri hem hastanın kayıtlarını almakta, hem de hastaların bilgilendirilmesi fonksiyonunu icra etmektedir. Günümüz şartlarında artık Sağlık Bakanlığı uhdesindeki randevu süreçlerin MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) telefonla Alo 182 internet ve mobil uygulamalarla mhhs.gov.tr üzerinden alınmaktadır. (Özveri ve Yüksel, 2018, s. 7.).

1.2.5.2. Polikliniklerde Hekimlik Hizmetleri

Hekimlik hizmetleri doktorlar tarafından polikliniklerde verilmekte olup; poliklinikler hasta sayısının ve devamlılığının yüksek olduğu ve hastaların doktorları uzun süre beklemek durumunda kaldıkları birimlerdir (Oh ve Chow, 2011: 165). Hastaların, ayaktan muayene, tetkik, tanı, teşhis ve tedavilerinin yapıldığı, hastanelerde ilk başvuru birimleri polikliniklerdir. Poliklinikler, hastanedeki diğer hizmetlerin ilk başladığı, başvuru miktarının hastanedeki diğer ünitelere nazaran daha yoğun olduğu, hastaların sorunlarının çözümüne başladığı ilk yer olmakla beraber, hastane hizmetleri yönetiminin performansının en kolay algılanabildiği ve toplumun hastaneler tarafından sunulan sağlık hizmetleriyle ilgili görüşlerini oluşturdukları yerlerdir. Hastane yönetimleri bakımından poliklinikler, hastanelerin vitrini gibi görülmekte bu sebeple stratejik öneme sahiptirler. Sağlık hizmetlerinin yoğun olarak sunulduğu polikliniklerde doktorlar, hemşireler, diğer sağlık çalışanları ve tıbbi sekreterler tarafından, hastaların muayeneleri, teşhisleri, tedavileri ve bakımları ile beraber halk sağlığının korunmasıyla ilgili toplumsal hekimlik hizmetleri de verilmektedir (Durukan vd., 2007, s. 21).

Hastanın poliklinikte muayenesi sırasında hekim tarafından ilk olarak anamnez bilgileri alınarak hastanın ön tanısı belirlenir. Anamnez, doktorun hastaya teşhis koymak ya da mevcut hastalığının durumunu belirlemek için sorular sorarak bilgi almasıdır. Hasta ve hekim ilişkisinin sağlıklı bir şekilde yürümesi ve arada güven oluşması, ancak doğru ve yeterli bir anamnez alınması ile olabilir. Doğru bir teşhis koyulabilmesi için anamnez çok önemli bir bilgi kaynağıdır. Anamnez, fizik muayene ve laboratuvar (kan, görüntüleme vb) üçlüsü ile teşhis için gerekli bilgiler elde edilir. Hastanın mevcut ya da geçmiş hastalıkları hakkında, kendisinden ya da bir yakınından alınan bilgilerdir. Anamnez, hastalığın teşhisinde en önemli adımlardan biridir. Poliklinik hekimi hastanın muayenesi sırasında bilgisayar, tıbbi cihaz, tansiyon aleti gibi cihazlar kullanabilir. Hastanın muayenesi klinik branşlara göre farklılaşma göstermekle birlikte yaklaşık 10-15 dakika sürebilmektedir (Özveri ve Yüksel, 2018, s. 9).

1.2.5.3. Hemşirelik Hizmetleri

Hemşirelik hizmetleri, hastalar tarafından hekimlik hizmetlerinden daha önemli olarak algılanmaktadır. Hastanın servise kabulünden taburcu edilmesine kadar geçen

sürede hastanın memnuniyetine hemşirenin katkısı büyüktür. Hemşire özellikle hastanın servise kabulünden, bakımından, eğitiminden ve danışmanlığından sorumludur (Schofield, 1990, s. 31-33).

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde, Hemşirelik Hizmetleri, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüklerine bağlı olarak hizmet vermektedirler.

Hemşirelik hizmetlerinin hasta memnuniyetinde önemli olmasının nedenleri arasında; sağlık personeli içinde hemşire sayısının çok olması, hemşirelerin hastaların ihtiyaçlarını karşılamak üzere sürekli yanlarında bulunması, bireylerin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunun hemşirelerin öncelikli sorumluluklarından olmasıdır. Hastanede yatarak tedavi görmekte olan hastalara daha fazla yardımcı olmak ve hasta bakımının kalitesini yükseltmek amacı ile hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyetinin bilinmesi önemlidir. Hasta memnuniyet çalışmalarının artırılması hastaların bakıma katılmaları sağlanmakta ve hasta-hemşire arasındaki ilişkileri daha da güçlendirmekte ve sağlamlaştırmaktadır (Avis, Bond ve Arthut 1995, s. 316).

1.2.5.4. Tetkik Hizmetleri

Poliklinikte muayenesi tamamlanana hastalar için tetkik talebinde bulunulmuşsa, hastanın tetkik birimine başvurarak süreci başlatması gerekir. Tetkik birimleri; laboratuvarlar, biyokimya, mikrobiyoloji, radyoloji, nükleer tıp, patoloji, EKO, EKG, endoskopi, solunum fonksiyonu testi, genetik değerlendirme, PCR gibi birimlerdir

1.2.5.5. Operasyon Faaliyetleri

Hekimler tarafından yapılan muayene ve tetkikler neticesinde hastanın cerrahi müdahaleye ihtiyacı olduğu kanaatine ulaşırsa hastane içinde ameliyathanelerde operasyonlar gerçekleştirilmektedir. Günümüzde ameliyathaneler içerisinde robot, mr, nöronavigasyon vb. pek çok teknolojik cihazlarla donatılmıştır.

1.3. Pandemi ve Pandemi Döneminde Sağlık Organizasyonu

Aşağıda pandemi kavramı açıklandıktan sonra Covid-19 pandemisi sırasında sağlık organizasyonu incelenmiştir.

1.3.1. Pandemi Kavramı

Pandemi, yeni bir hastalığın dünya çapında yayılması olarak tanımlanmaktadır. Küresel olarak yaygınlaşan ve yüksek morbidite (hastalık) ve mortalite (ölüm) insidansı ile neticelenen enfeksiyon son 300 yıldır “salgın” olarak tanımlanmaktadır. İnsidans, risk altındaki sağlam kişilerin belirli sürede, belirli bir hastalığa yakalanma olasılığını gösteren ölçüt. Belirli bir toplumda belirli bir sürede saptanan yeni vaka sayısının o toplumun yıl ortasındaki nüfusuna veya risk altındaki kişi sayısına bölünmesi ile elde edilir. Pandemi kelimesi “pan” ve “insanlar” ya da “nüfus” manasına gelen “demo” kelimelerinden türemiştir. Bir salgın hastalık tüm insanlara yayılabilir. 1918-1919 yıllarındaki İspanyol gribi virüsü, yer, ırk, kültür, din veya sosyal statüye göre değişmeden tüm dünyaya yayılmıştır (Doherty, 2013, s. 33).

Pandemi çok sayıda insanı etkileyen ve hızlı bir biçimde yayılan bir hastalıktır. Pandemi dünyaya yayıldığında herkesi etkilemektedir. Bir pandeminin toplumdaki etkisi, virüsün bulaşım hızına, patojenik yeteneğine, insanların bağışıklık sistemlerinin durumuna, kişilerin arasındaki temas düzeyine ve topluluklar arasındaki bulaşım özelliklerine, var olan risk faktörlerine, sağlanan tıbbi bakımın kalitesine ve iklime bağlıdır. Sağlık altyapısının, biyolojik tehditlerden ya da bir pandemik olaydan kaynaklanabilecek hastalıklara ve yaralanmalara mani olmak ve tedavi edebilmek için hazırlanması gerekir. Pandemi kuvvetine ve yayılım hızına bağlı olarak eğitime, iş hayatına ara verilmesine ve sosyal düzenin sarsılmasına sebep olabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Hastalık salgınları sadece bireylerin fiziksel sağlığını etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda enfekte olmamış nüfusun ruh sağlığını ve refahını da etkilemektedir (Wang vd., 2020, s. 1729).

1.3.2. Covid-19 Pandemisi ve Sağlık Sektörüne Etkileri

Covid-19, insan vücuduna burundan, ağızdan ve göz yoluyla korneadan giren ve solunum sistemine ve akciğerlerine yerleşen, direkt öksürme, hapşırma ve damlacıklar yoluyla bulaşan varyantına göre değişebilmekle beraber ağır bir hastalıktır. Virüsün yayılımını önlemek üzere yapılan standart tedbirler arasında düzenli el yıkamak, öksürme ve hapşırma esnasında ağız ve burnu kapatma ve solunum yolu hastalığı belirtileri olan kişilerle yakın temastan kaçınılması bulunmaktadır (WHO, 2020).

Türkiye’de ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür. Bunun üzerine T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından alınan önlemler kapsamında vatandaşlara evde kalma çağrısı yapılmış, hijyen, sosyal mesafe ve izolasyonun önemine atıf yapılmıştır. Alınan kararlar çerçevesinde pandemiye hazırlanmak amacıyla yatan hasta doluluk oranı %70’ten %30’a kadar indirilmiştir. Yoğun bakımların yükünü azaltmak üzere elektif cerrahi işlemleri ileriki tarihlere ertelenmiştir. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği (TFTRD), bulaş riskini azaltmak üzere poliklinik, tedavi üniteleri ve servislerde yapılması gerekenleri kapsayan bildiriye 18 Mart 2020 tarihinde yayınlamıştır. Hastalığın mortalitesinin özellikle komorbid hastalıkları olanlarda ve yaşlılarda yüksek seyretmesi sebebiyle bu hastalarda fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının ötelenmesi önerilmiştir. Bu süreçte okullar tatil edilmiş, ayrıca özel eğitim merkezleri gibi pediatrik rehabilitasyon yapılan merkezlerin hizmetlerine ara verilmiştir (Yağcı ve Bağcıer, 2020, s. 94).

Aşağıda, sağlık sektörünün ve sağlık hizmetleri organizasyonunun korona virüsten nasıl etkilendiği ve muhtemel etkilerinin neler olduğunu ve sektörün nasıl tepki verebileceği hususunda inceleme yapılacaktır.

Sağlık hizmetleri bağlamında ilk uygulama koruyucu sağlık hizmeti uygulaması olarak, sağlık personelinin ve hastaların korona virüs enfeksiyona kapılmalarını engellemektir. Virüsü bilmeden yayan ve tüm hasta popülasyonuna bulaştıran iyi niyetli ve özenli bir sağlık hizmeti sunucusu ya da tek bir hastanın başkalarını enfekte etmesi riski oldukça yüksektir.

Koruyucu sağlık hizmetleri faaliyetlerinden sonra tüm tedbirlere rağmen enfekte olan hastaların tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında tedavi edilmeleri gerekmektedir. Ancak sağlık işletmelerinin normal hastaların tedavilerini de ihmal etmeden pandemi dönemine ilişkin ek tedbirler almaları gerekmektedir. Hasta sayısının ve vaka sayısının çok artması ile hastanelerin yatak kapasitelerinin ve yoğun bakım ünitelerinin yeterliliği tartışılmaya başlanmıştır. Buna ek olarak sağlık çalışanlarının da enfekte olmaları ile sağlık çalışanı sayısının yetkinliği de ayrı bir tartışma konusudur. Sağlık malzemeleri ve tedavi amaçlı ekipmanların tedarikteki yaşanacak sıkıntılar (test ve tanı kitleri, maskeler, solunum ekipmanı, aşı) veya tedarik zincirinin bozulması riski söz konusudur. Virüsün enfekte etmesinin zirve yaptığı dönemlere hazırlık yapılması gereken kritik konular bunlardır.

Covid-19 pandemisinin tam olarak bitmemesinin sebebi ile virüse özgü, etkili bir tedavi ve/veya aşı bulunana değin risk sürmüştür. Pandeminin kontrol edildiği bu dönemde diğer sağlık hizmetlerine olan gereksinim giderek artmıştır. Fakat pandemi eğrisinin düzleşmesi, toplam vaka sayısını azaltmayıp, hastalık yükünü daha uzun bir süreye yaymaktadır. Bu sebeple pandeminin sürdüğü dikkate alınarak diğer sağlık hizmetlerinin de başlaması kaçınılmazdır. Bu durum Covid-19'a yakalanan ve yakalanmayan hastalara aynı sistem içerisinde hizmet verilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020, s. 11).

1.3.3. Covid-19 Pandemisi Dönemi Türkiye Sağlık Organizasyonu

Türkiye, Covid-19 pandemisine karşı mücadelede en disiplinli ve başarılı olan ülkelerden bir tanesidir. Son on yıldır, Türkiye'deki sağlık sistemi büyük bir reorganizasyon sürecinden geçmiştir. Son on yılda Türkiye'deki hastanelerin modernizasyonu neticesinde sağlık sistemi, bu tür bir pandemilere ve krizlere cevap verebilecek yapısal yetenekleri kazanmıştır. Yeni hastaneler yapılmış ve bilhassa son yıllarda yapılan Şehir Hastaneleri, dünyanın en büyük ve en modern hastaneleri olarak hizmete alınmıştır. Yalnızca 2020 yılında, toplam 14.000 yataklı ve en son teknoloji ile dizayn edilmiş 11 yeni hastane hizmete girmiştir (<https://www.tga.gov.tr>).

Sağlık Bakanlığı, 14 Aralık 2020 tarihinde Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması olarak "Covid-19 Pandemisi'nde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri" adlı bir rehber yayınlamıştır. Pandemi sürecinin devam etmesi ve henüz aşının bulunmadığı dönemde, Covid-19 ile enfekte olan ve olmayan hastalara aynı sağlık hizmetleri sistemi içerisinde hizmet verilmesi gerekliliği bulunmaktadır. Bu sebeple salgının devam ettiği süreç içinde dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıdaki gibidir:

- a) Covid-19 pandemisiyle ilişkili tedbirlerin ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak,
- b) Covid-19 tanısı konan ve konmayan tüm hastalar için hastaneleri güvenli biçimde tutmak,
- c) Sağlık çalışanlarının Covid-19'dan korunmasını ve güvenliğini sağlamak,
- d) Tüm hastalara sağlık hizmetine erişim ve güvenlik açısından eşit davranılmasını sağlamak ve

- e) Sağlık çalışanlarının çalışma düzenini ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesini mümkün olduğunca ve kademeli şekilde düzenlemektir.

Pandemi sürecinde tüm sağlık çalışanlarında, hastalarda ve refakatçilerde kişisel korunma tedbirlerine dikkat edilmesi gerekmektedir. Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının, birim, alt birim ve kişiler; Covid-19 pandemisi sürecinde kademeli olarak normale dönüş döneminde rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmek üzere hazırlık yapmaları gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı rehberde sağlık organizasyonu ile ilgili olarak dikkat çeken hususlar aşağıdaki gibidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020, s. 11-14):

- Pandemi sürdüğü sürece hastaneye gelen her hastada, Covid-19 testi ayırıcı tanıda mutlaka bulunmalıdır.
- Hasta ve hasta yakınları mümkünse hastaneye giriş sırasında mümkün değil ise poliklinikte Covid-19 bulguları bakımından sorgulanmalıdır.
- Sağlık hizmetleri birimlerinde işgücü planlaması, sağlık çalışanlarının enfekte olma riski de dikkate alınarak yapılmalıdır.
- Stres ve yorgunluk düzeyleri dikkate alınarak sağlık çalışanlarına gerekli psikolojik ve teknik destek sağlanmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına pandemi süreci ile ilgili eğitimler verilmelidir.
- Pandemi süreci boyunca Covid-19 için ayrılan polikliniklerin ve kliniklerin planlanması ülkenin, ilin ve hastanenin güncel Covid-19 hasta sayısına göre gerçekleştirilmelidir.
- Covid-19 dışında hasta alımında her birimin acil, dahili, cerrahi vakalara ek olarak öncelikli vakaları da saptanmalıdır. Cerrahi birimlerde öncelikli vakaların tespit edilmesinde her cerrahi birimin anestezi bölümüyle beraber karar vermesi gereklidir. Seçilen vakaların tedavi ve operasyon için alınması güncel Covid-19 hasta sayılarına göre aşamalı olarak ve personel planlaması ile birlikte yapılmalıdır. Hastanenin Covid-19 hasta sayısı artışı senaryolarına göre uygulanabilir planlar yapılmalıdır.
- Hastane içerisinde bulunan her birim, verdiği hizmetin niteliğine uygun biçimde gerekli önlemleri Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi (HEKK) yönlendirmesinde hazırlamalıdır.
- Sağlık çalışanlarının hastane içinde kırtasiye malzemelerinin ortak kullanımından kaçınması gerekir.

- Bürolar, ön bürolar, hasta bekleme yerleri, yemekhaneler ve asansörler sosyal mesafe kurallarına göre yeniden dizayn edilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının toplantılarda, dinlenme sırasında ve yemek molalarında gerekli sosyal mesafe en az 1 metre olacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının iş kıyafetleri ve üniformaları hastanede belirlenen alanlara bırakılmalı ve günlük olarak değiştirilmelidir.
- Sağlık çalışanlara gereken Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) sağlanmalı, kolay ulaşabilecekleri yerlerde bulundurulmalı ve doğru kullanmaları temin edilmelidir.
- Hastane içerisinde görünür yerlere Covid-19'a ve alınması gereken tedbirlerle ilgili görseller yerleştirilmelidir.

Türkiye Covid-19'u sınırlı tutabilmek için toplumsal sınırlamalar getirilmesiyle birlikte vaka temaslılarının toplumsal ortamda sıkı takip edilmesi ve izole edilmelerinin sağlanması için filyasyon çalışmalarına özel önem verilmiştir. Halk sağlığında, temaslı izleme, enfekte olmuş bir kişiye maruz kalmış olabilecek kişileri belirleme ve daha sonra bulaşmayı değerlendirmek için daha fazla veri toplama sürecidir. Filyasyonun Covid-19 ile mücadelede Türkiye'nin gösterdiği başarıda rolü oldukça büyüktür. Filyasyon, testi pozitif olan bir vakaya virüsün kimden bulaştığını ve vakanın virüsü kimlere bulaştırdığının takip edilmesi yöntemidir. Virüsün bulaşmasının izinin sürülmesi ve yayılma zincirinin belirlenmesi yöntemidir. Türkiye'de filyasyon çalışmaları için, içinde birinci basamak çalışanı hekimlerle birlikte dış hekimlerinin de yer aldığı, temaslı takibi yapan 20 bin kişilik filyasyon ordusu oluşturulmuştur. Filyasyon çalışmaları sayesinde vakalar erkenden tespit edilerek hastalığı başkalarına bulaştırma riskleri en aza indirgenmektedir. Yine filyasyon sayesinde hastaların erken tespit edilmesi tedavi sürecine erken başlanmasını sağlayıp iyileşme oranını arttırmaktadır (<https://www.tga.gov.tr/turkiyenin-saglik-altyapisi-ve-covid-19-yonetim-sureci/>)

Pandemi ile mücadeledeki en önemli araçlardan biriside Sağlık Bakanlığının geliştirdiği Filyasyon ve İzolasyon Takip Sistemi (FİTAS) elektronik uygulamasıdır. Türkiye'de vakalar görülmeye başladıktan hemen sonra, filyasyon ekipleri mobil cihazlarla donatılarak filyasyon uygulaması eş zamanlı olarak başlatıldı. Filyasyon yapılan alanda veriler eş zamanlı olarak kaydedildi ve veri akışı zaman kaybedilmeksizin analiz edildi. Filyasyon ekiplerinin, mobil uygulama ile merkezden

yönlendirilerek filyasyon yapılacak alanlara en seri şekilde müdahale edilmesi sağlandı. Üç kişiden oluşan filyasyon ekipleri vaka ortaya çıkar çıkmaz 48 saat boyunca tarama yapmakta ve hem vakaya hem de vakanın temaslılarına ulaşarak filyasyon işlemini gerçekleştirmektedir. Yoğun saha çalışmaları sayesinde korona virüsünün hem yayılımı önlenmekte hem de risk grubunda olan kişilerin hayatları erken tanılar ile kurtarılmaktadır.

Türkiye’de, aşının bulunmadığı dönemlerde enfeksiyon koruma ve kontrolü tedbirleri alınarak; toplumda enfeksiyonun yayılmasını azaltarak erken pandemi döneminde enfekte olan insanların sayısını ve pandemiden kaynaklanan vakaları azaltılabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Salgın hastalıkların ilk göstergesi, hekimlerinin hastalarla karşılaşmasıdır. Bu sebeple, hastalığın erken tespit edilmesinde doktorun rolü oldukça önemlidir. Doktorun şüpheli hastalıkları en kısa sürede halk sağlığı yetkililerine bildirmesi gerekir (Büken, 2010, s. 62-63). Sağlık işletmelerinin ve diğer hizmet sağlayıcılarının, kurumlar arasında koordinasyonun sağlanması ve bir pandemi sırasında uygun kontrol önlemlerini etkili bir biçimde uygulamak için, eylem planlarının geliştirmesi amacıyla beraber çalışması gerekir. Bu planlama faaliyetlerinin amacı, bir pandemi esnasında (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019);

- i. Tıbbi hizmetlere talebin artmış olmasına rağmen, tıbbi hizmetlerin yüksek kaliteli sunumunun sürdürülmesi,
- ii. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması,
- iii. Enfeksiyonu önlemek üzere koruyucu ve kontrol önlemlerinin alınması,
- iv. Hastalıkla ilgili farkındalık oluşturulması,
- v. Mortalitenin ve morbiditenin azaltılması dahil olmak üzere etkili bir müdahalenin uygulanmaya konmasının sağlanması.

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİ, HİZMET KALİTESİ ALGISI VE HİZMET MEMNUNİYETİ KAVRAMLARININ SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULANMASI

2.1. Hizmet Kalitesi ve Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesi

2.1.1. Hizmet Kalitesi Kavramı ve Boyutları

Kalite, anlaşılması oldukça zor ve belirsiz bir yapıya sahiptir. Kaliteyi tanımlamak ve ölçmek karmaşıktır. Kalite, fiziksel ürünlerin somut özellikleriyle karşılaştırıldığında hizmetlerin soyut yönleriyle ilişkilendirildiğinde daha da karmaşık hale gelmektedir (Dawid vd, 1991, s. 483).

Kalite, bir ürünün veya hizmetin belirlenmiş veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin tümü" şeklinde tanımlanmaktadır (Bozkurt, 1995, s. 173).

Kalite, bir ürünün ya da hizmetin niteliklerinin, mevcut ya da müşterinin ilerleyen zamanlarda gereksinim duyulabileceği ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneğidir (Zengin ve Erdal, 2000: 45).

Hizmetin kalitesi; müşterilerin hizmeti almadan önceki beklentileri ile aldıktan sonraki algıladıkları hizmet kalitesinin mukayese edilmesiyle algılanmaktadır. Hizmet kalitesini geliştirme çalışmalarının, işletmelere daha fazla yeni müşteri kazandırması, mevcut müşterileriyle işin hacmini ve işletmenin rekabet edebilme gücünü artırması ve hataları önleyebilmek için harcanan emeğin ve maliyetlerin azalmasını sağlaması beklenmektedir. Bu bakış açısıyla hizmet işletmelerinin ana amaçlarından bir tanesi hizmet kalitesini sürekli geliştirmek olmalıdır (Zerenler ve Öğüt, 2007, s. 502). Müşteriler hizmet kalitesini çok sayıda kriteri göz önünde tutarak değerlendirirler. Müşteriler bu amaçla bekledikleri hizmetle kendilerine sunulan hizmeti karşılaştırmaktadırlar. Beklenen kaliteyle algılanan kalite arasında negatif bir fark varsa hizmet kalitesi düşük, aradaki fark pozitifse hizmet kalitesi yüksek şekilde algılanmaktadır. Hizmetler, müşterilerin istekleri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak sunulacak olursa algılanan kalitenin de yükselmesi mümkündür (Okumuş ve Duygun, 2008, s. 19).

Hizmet kalitesi, hizmet üretiminin hata olmadan gerçekleştirmesi, tüketicilere, zamanında, yerinde, doğru olarak hizmet verilmesini ifade etmektedir. Başka bir tanımlamaya göre ise hizmet kalitesi, tüketicinin bir hizmetin bütüncül olarak mükemmelliği ve üstünlüğü hususundaki değerlendirmelerinin sonucudur (Bozkurt, 1995, s. 175).

Hizmet kalitesi, bir örgütün müşteri beklentilerini karşılayabilme veya daha da geçme yeteneğidir ve hizmet kalitesinde önemli olan, müşteri tarafından algılanan kalitedir. Bu sebeple hizmet kalitesi konusunda kalitenin tüketici tarafından algılanan performans düzeyi ya da hizmetin tüketiciyi tatmin etme düzeyi olduğu söylenebilir.

Kaliteyi tanımlama ve ölçmeye yönelik çabalar büyük ölçüde üretim sektöründen gelmektedir. Hakim Japon felsefesine göre kalite, sıfır hata ile ilk seferde doğru yapmaktır. Ancak ürün kalitesi hakkındaki bilgiler, hizmet kalitesini anlamak için yetersiz kalmaktadır. Hizmet kalitesinin tam olarak anlaşılması için hizmetlerin üç temel özelliği olan soyutluk, heterojenlik ve ayrılmazlık üzerinde durmak gerekmektedir.

a) Hizmetlerin soyutluk özelliği: Hizmetlerin çoğu soyuttur. Hizmetler, nesnelere ziyade performansa dayalı olduklarından, hizmetler için tek tip kalite ile ilgili kesin üretim spesifikasyonları nadiren belirlenebilir. Çoğu hizmet, kaliteyi garantilemek üzere satıştan önce sayılamaz, ölçülemez, envantere konulamaz, test yapılamaz ve doğrulanamazdır. Soyutluk sebebiyle, firma tüketicilerin hizmetlerini nasıl algıladığını anlamakta ve hizmet kalitesini değerlendirmekte zorlanabilir.

b) Hizmetlerin heterojenlik özelliği: Özellikle yüksek emek içeriğine sahip olan hizmetler heterojen niteliktedir. Hizmetlerin performansları genellikle üreticiden üreticiye, müşteriden müşteriye ve günden güne değişir. Hizmeti sunan personelin davranışlarının tutarlılığını başka bir ifadeyle tek tip kalite sağlamak oldukça zordur. Çünkü firmanın teslim etmeyi amaçladığı hizmetle tüketicinin elde ettiği hizmet bir birinden tamamen farklı olabilir.

c) Hizmetlerin ayrılmazlık özelliği: Birçok hizmetin üretimiyle ve tüketimi birbirinden ayrılamaz. Hizmetlerde kalite mühendislik aşamasında tasarlanmayıp çoğu zaman üretim esnasında şekillenmektedir. Emek yoğun hizmetlerde kalite, hizmetin sunumu esnasında, genelde müşteriyle hizmet işletmesinin irtibat kişisi arasında oluşan etkileşimde ortaya çıkar. Hizmet işletmesi ayrıca müşteri katılımının yoğun

olduğu hizmetlerde (doktor ziyaretleri) müşteri süreci etkilediği için kalite üzerinde daha az yönetsel kontrole sahip olabilir. Bu durumlarda, tüketicinin girdisi (belirtilerin tanımı) hizmet performansının kalitesi için kritik hale gelmektedir.

Hizmet kalitesinin hem üretim işletmelerinde hem de hizmet işletmelerinde bu kadar önemli olmasının neticesi olarak, hizmet kalitesini ölçmek araştırmacıların merakını celp etmiştir. Araştırmalar neticesinde hizmet kalitesiyle alakalı aşağıdaki ortak tespitler elde edilmiştir (Parasuraman vd. 1985, s. 53):

- Tüketicilerin hizmet kalitesini değerlendirmesi ürün kalitesi değerlendirmelerine göre daha güçtür.
- Tüketicilerin hizmet kalitesi algıları, tüketici beklentilerinin gerçekleşen hizmet performansı ile karşılaştırılması ile oluşur.
- Kalite değerlendirmeleri yalnızca bir hizmetin sonucuna (performansına) göre yapılmaz; ayrıca hizmet sunumu sürecinin de değerlendirilmesi gerekir.

Hizmetin kalitesi, sunulan hizmetin seviyesinin müşteri beklentilerine ne kadar iyi uyduğunun bir ölçüsüdür. Kaliteli hizmet sunmak, müşteri beklentilerine tutarlı bir şekilde uyum sağlamak anlamına gelir (Lewis ve Booms 1983, s. 99).

Tüketiciler malları satın alırken kaliteyi değerlendirmek için stil, sertlik, renk, etiket, hissetme, paket, uyum gibi çok sayıda somut ipucuna sahiptir. Oysa hizmet satın alırken, daha az somut ipucu bulunmaktadır. Çoğu durumda, somut kanıtlar hizmet sağlayıcının fiziksel tesisleri, ekipmanı ve personeli ile sınırlıdır. Kaliteyi değerlendirecek somut kanıtların olmaması durumunda tüketiciler diğer ipuçlarına bağlı kalarak hizmetin kalitesini değerlendirirler. Bu diğer ipuçlarının doğası, araştırmacılar tarafından araştırılmamıştır, ancak bazı araştırmacılar, diğer bilgilerin bulunmadığı hallerde fiyatın temel bir kalite göstergesi haline geldiğini iddia etmişlerdir. Hizmetin soyutluğu nedeniyle hizmet üretim işletmesi, tüketicilerin hizmetleri ve hizmetin kalitesini nasıl algıladığını anlamakta daha zorlanabilir. Bir hizmet üretim işletmesi, hizmetin tüketici tarafından nasıl değerlendirileceğini bildiğinde, bu değerlendirmeleri istenen yönde nasıl etkileyeceği önerebilir (Parsuman vd., 1985, s. 42).

Hizmet paketi, müşteri tarafından hizmet üretildiği esnada tüketildiği için, başka bir ifadeyle müşteri üretim sürecinin tümünde işletmeyle etkileşim içinde olduğu ve üretime katıldığı için, müşteri yalnızca ürünün kalitesinde olduğu gibi üretim

sonucunda ortaya çıkan çıktının kalitesiyle değil, üretim süreci tümü boyunca etkileşim içinde olduğu hizmet paketinin diğer unsurlarının kalitesiyle de ilgilenmektedir. Hizmetin bu niteliği, hizmetin kalitesinin boyutları kavramını ortaya çıkarmıştır.

Grönroos'a göre bir hizmetin kalitesinin müşteriler tarafından algılanan şekliyle ilgili olarak temel iki boyut bulunmaktadır (Öztürk, 2003, s. 139):

- Hizmetin teknik ya da sonuçla ilgili boyutu
- Hizmetin işlevsel ya da süreçle ilgili boyutu.

Müşterilerin hizmet üreten işletmeler ile etkileşimi, sonuçta elde edilen hizmetin kalitesini değerlemeleri bakımından önemlidir. Bir restoranda yemek yendikten sonra yemeğin lezzeti, kuaförde saç kesildikten sonra saçın şekli birer teknik sonuçtur. Ancak teknik boyutun müşteriye nasıl ulaştığı da önem arz etmektedir. Örneğin; restoranda garsonun davranışları, kuaförün saç keserkenki davranışı, fiziksel görünüşü gibi. Tüm bunlarda kalitenin işlevsel boyutunu oluşturur ve genellikle bu boyutu teknik boyut kadar objektif değerlendirmek zordur. İşlevsel kalitenin yüksek olması, teknik kalitedeki ufak tefek aksaklıkların müşteri tarafından hoş görülebilmesine neden olurken hizmetin teknik kalitesi uygun seviyede ancak işlevsel kalite yetersiz seviyede ise teknik performansın müşteriye tatmin etme düzeyinden bağımsız olarak genellikle müşteride tatminsizlik hâkim olacaktır (Öztürk, 2003, s. 140).

Tablo 2.1. Birleştirilmiş Hizmet Kalitesi Boyutları

Boyut	Tanım
Fiziki Özellikler	Kullanılan aletlerin, iletişim malzemelerinin, personelin ve hizmet verilen yerin fiziki görünümü.
Güvenilirlik	Kusursuzluk, güvenilirlik, sözünde durmak.
Heveslilik	Zamanında ve çabuk hizmet sunmak için heveslilik, yardımseverlik.
Güvence	Çalışanların bilgili ve nazik olmaları ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerileri.
Duyarlılık	Çalışanların kendilerini müşterilerin yerine koyması ve müşterilere kişisel ilgi göstermeleri.

Kaynak: Ersöz vd., 2009, s. 20

Tablo 2.1.'de gösterildiği gibi, Parasuraman vd. (1988) göre hizmet kalitesinin beş boyutu vardır. Bunlar; güvenilirlik, tepki (karşılık) verebilmek, güvence, empati ve fiziksel varlıklardır. Bu beş faktör on hizmet bileşeninden türetilmiştir. Bu bileşenler ise güvenilirlik, karşılık vermek, yetkinlik, ulaşılabilirlik, nezaket, iletişim, itibar, güvenlik, müşteriye anlamak ve fiziksel varlıklardır (Öztürk, 2003, s. 143).

Bu yaklaşımlardan en geniş kapsamlı olanı Parasuraman vd. (1988) geliştirilen on kalite boyutudur. Bu boyutlar aşağıdaki gibidir:

Güvenilirlik: Hizmetin performansında tutarlılık, işletmenin hizmeti bir kerede ve doğru üretmesi, başka bir ifadeyle işletmenin sözünü tutması anlamına gelmektedir. Hizmetin zamanında, her zaman aynı şekilde ve hatasız olarak sunulmasını kapsar. Hizmetin önceden belirtilen zamanda yerine getirilmesi, faturalamanın doğru yapılması, yönetmeliklere uygun olması gibi hususları içerir.

Heveslilik: Çalışanların hizmet, sunmak konusunda hazır ve istekli olmalarını ifade eder. Hizmet sunucusunun müşteriye zamanında ve uygun karşılık verme derecesini belirlemektedir. Hizmeti hemen sunmak, müşterilere yardımcı olmak ve zamanında geri dönmek, bir belgeyi hemen postalamak gibi işlemleri içerir.

Yetenek: Hizmeti sunanların gereken mesleki bilgiye, deneyime ve tecrübeye sahip olma düzeyidir. Yetenek ne kadar yüksek ise personelin müşteriyle olan ilişkilerinde hata payı o kadar azalır. Personelin uzmanlığı, kabiliyetleri, eğitimi, yenilikleri takip etme ve araştırma yetenekleri örnek gösterilebilir.

Ulaşılabilirlik: Müşterinin hizmet işletmesi ile ilişki kurabilme kolaylığını ve yaklaşılabilirlik kriterini kapsar. Örnek olarak hizmet sunanlara telefonla rahatlıkla ulaşılabilmesi, telefon hatlarının meşgul olmaması, hizmeti alabilmek için beklenmemesi, çalışma saatlerinin uygun olması, hizmet tesislerinin uygun yerlerde konumlandırılmasını kapsar. Ayrıca, amirlerin iç müşteri pozisyonunda olan personelin önerilerine ve tekliflerine her zaman açık olmaları anlamına da gelir.

Nezaket: Müşterilerle ilişki halinde olan personelin kibar, saygılı, dost canlısı olmasını kapsar. Personelin temiz ve düzenli görünmesi, güler yüzlü olmaları, müşterinin orda olmasından duydukları memnuniyeti belli etmeleri, müşteriye alaka gösterme düzeyleri nezaketle ilgilidir.

İletişim: Personelin müşteriye hizmet etmeleri hakkında anlayabilecekleri şekilde ve seviyede bilgi verilmesidir. Bu boyut, müşterileri, anlayabilecekleri bir

dilden konuşarak bilgilendirmek, onları dikkatlice dinlemek ve kullanılan dilin değişik müşterilere göre ayarlanmasını gerektirir. Eğitim düzeyi yüksek bir müşteriye karşı karmaşıklık ve içerik derecesini arttırmak ya da yeni ve deneyimsiz bir müşteri için daha basit ifadeler kullanmak bu boyutun gereğidir. Müşteriye, hizmetin içeriğini, maliyetini, karşılaşılabilecek sorunları ve sorunlar karşısında neler yapılabileceğini açıklamak, müşterinin sorularını eksiksiz bir biçimde cevaplamak gibi hususları içerir.

İnanılrlık: Çalışanların hizmet verdikleri müşteriyle samimi olarak ilgilenmesi ve müşteriye ikna edebilmesidir. Hizmet işletmesinin dürüstlük ile oluşturulan imajı ve personelin bireysel nitelikleri işletmenin itibarını ve inanılrlığını yükselten unsurlardır.

Güvenlik: İşletmenin verdiği hizmetin tehlikeden, risklerden ve şüphelerden uzak oluşunu ifade eder. Bu boyut aynı zamanda müşteri bilgilerinin gizliliğinin korunmasını da kapsar. Müşterilere fiziksel, parasal ve mahremiyet güvenliği sağlanmasını içerir. Otobüs işletmelerinde tecrübeli ve yetenekli şoförler, finans sektöründe güvenilir ve dürüst uzmanlar çalıştırılması, bir hekimin hastasına ait bilgileri gizli tutması bu boyuta verilebilecek örneklerdir.

Müşteriyi Tanıma: Müşteriyle özel olarak ilgilenilmesi, ismen çağrılması, tanınması gibi müşteriye gururlandıran davranışlardır. Müşteriler, kendilerini yakından tanıyan çalışanlara daha fazla güvenmekte ve kalite algıları buna göre değişmektedir.

Somut Özellikler: Hizmetin sunulduğu ortamın fiziksel niteliklerini, personelin dış görünüşünü, kullanılan araçların, gereçlerin ve bunların teknolojik gelişmelere uygunluğunu ifade eder. Hizmet ortamı boyutu ayrıca, hizmetin oluşturduğu ortamın psikolojik ve sosyal durumunu da izah eder. Çalışanların birbirleriyle olan ilişkilerinin niteliği ve seviyesi, birbirlerine gösterdikleri davranışın özellikleri ve bunun sonucunda oluşan örgütsel kimlik bu boyut kapsamında değerlendirilir.

2.1.2. Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesi

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, etkili bir sağlıklı evrensel bir toplum elde etmek için kritik bir konudur. Ülkeler herkes için sağlık hedefine ulaşmayı taahhüt ederken, sağlanan sağlık hizmetlerinin etkili, güvenli ve insan merkezli olmasını sağlamak bir zorunluluktur (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-health-services>).

Hastaneler sağlık hizmeti üretmekte olup; sağlık hizmetleri; insanların fiziki ve ruh sağlığının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi amacı ile gerçekleştirilen hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri; insanın sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve zihinsel kabiliyetleri azalmış olanların sağlıklarına kavuşturulması amacıyla uygulanan tıbbi faaliyetlerdir (Gümüş, 2005, s. 59).

Sağlık hizmetleri direkt insanın yaşamı ile ilgili olduğu için yapılacak hatalar ya da sağlık hizmetinin kalitesinde oluşacak bir birimlik düşüş dahi telafi edilemeyecek sonuçlara hatta ölüme neden olabilir. Bu nedenle sağlık işletmeleri, hastaneler ve sağlık çalışanları birlikte hiç hata yapmadan hizmet sunmak zorunda olan işletmelerdir: Bu kritik boyut sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması kaçınılmaz hale getirmektedir.

Sağlık hizmetlerinde hastaların, sağlık hizmet sunumu sırasında veya sonrasında hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmeleri zordur. Bunun en önemli nedeni; hastaların söz konusu becerileri değerlendirme konusundaki bilgilerinin eksikliğidir. (Asubonteng vd., 1996, s. 64). Hastalarla hekim arasındaki bu bilgi eşitsizlik hasta aleyhine sonuçlar doğurabilmektedir. Örneğin bir hastanın açık kalp ameliyatının kalitesi hakkında bir değerlendirme yapması çoğu zaman mümkün değildir (Karafakıoğlu, 1998, s. 112). Sağlık hizmetlerinin teknik özelliklerinin hastalar tarafından değerlendirilmesinin zor olması nedeniyle, bu hizmetten yararlananlar daha çok teknik olmayan özelliklere yönelerek aldıkları sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirmektedirler. Hizmetin bu yönü doğrudan tecrübe edildiği ve teknik bir uzmanlık gerektirmediği için hastalar tarafından sıklıkla kullanılan bir faktör olmaktadır (Peyrot vd. 1993, s. 24–34).

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon ve Kalite Standartları

Kaliteli sağlık hizmeti, sağlık işletmeleri ve sağlık çalışanın teknik performans, konfor ve insan ilişkileri açısından memnun edici seviyelerde hizmet sunmasını gerektirir. Kalite standartları, kaliteli hizmet sunumu için, bir sağlık kuruluşunun sahip olması gereken malzeme, insan gücü ve organizasyonu, sahip olduklarıyla karşılaştırması olanağını sağlayan düzenlemelerdir. Akreditasyon adı verilen bu düzenlemeler, ISO sertifikalarına benzeyen dolaylı bir kalite kontrol yöntemidir (Sevimli, 2006, s. 59).

Akreditasyon, sağlık işletmelerinin; işlem ve iş süreçlerine, fiziksel yapılarına, idari ve finansal süreçlerine ve bakım kalitesine ilişkin sonuçlarla ilgili bazı standartlara göre dış bir güvence kurumu tarafından değerlendirilmesi sürecidir. (Hastaneler için Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu, 2005, s. 121). Akreditasyonun amacı genel olarak hizmetlerde homojenliğin sağlanması olup; akreditasyon, TKY uygulamalarını hayata geçirmek için gereken bir şarttır. (Fuentes, 1999, s. 231).

ABD sağlık kuruluşlarının akreditasyonunu yapan ve kendi misyonunu; toplumun nitelikli sağlık hizmeti beklentilerini karşılamak olarak ifade eden Sağlık Kurumları Akreditasyon Komitesi (JCAHO), 1951 senesinde ABD tıp, diş hekimliği ve hastane derneklerinin bir araya gelerek oluşturdukları bir oluşumdur. Bu oluşumun amacı, hasta bakımına ve tedavisine odaklanan sağlık hizmetlerinin bireysel ve kurumsal performansının değerlendirilmesidir. JCAHO sağlık işletmelerinde verilen hizmetlerin kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla bazı alanlar seçmiştir. Bu alanlar; hasta hakları, sağlık kuruluşunun görevleri ve kuralları, hastanın muayenesi, teşhis edilmesi, tedavi edilmesi, bakılması, eğitimi ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması, performansın iyileştirilmesi, liderlik, tedavi ve bakım ortamlarının düzenlenmesi, insan kaynaklarının yönetilmesi, infeksiyonların takip edilmesi, kontrol altında tutulması ve önlenmesi, yönetim, tıbbi kadro ve hemşirelik gibi alanlardır (Çoruh, 1998, s. 1-8).

Ayrıca JCAHO, hastanelerde hastalara sunulan tıbbi hizmetlerin kalitesinden, sağlık çalışanlarının uygulamalarından ve etik davranışlarından sorumlu olan ve bu hususlarda hastane yönetim kuruluna hesap vermekle sorumlu tutulacak bir tıbbi hizmetler organizasyonunun kurulmasını öngörmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s. 109).

2.1.4. Hastane İşletmelerinde Hizmet Kalitesini Belirleyen Unsurlar

Donabedian'a göre (Şahin, 2003, s. 18) sağlık hizmetlerindeki yedi özellik hastane işletmelerinin kalitesini belirler. Bu nitelikler şunlardır:

- Etkenlik: Hastanın, sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi bakımın sağlanabilmesi becerisini ifade eder.
- Etkililik: Hastanın, sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmenin gerçekleştirilebilmesi derecesidir.
- Verimlilik: Sağlıkta ulaşılabilir ilerlemeleri azaltmadan bakımın maliyetinin düşürülmesi yeteneği olarak tanımlanır.

- Optimallik: Maliyet ve fayda arasında en iyi dengenin sağlanmasını ifade eder.
- Kabul edilebilirlik: Hasta ile hekim ilişkileri, hizmetlere kolay erişebilme, bakım maliyeti gibi açılardan hastanın tercihlerine ve isteklerine uygunluğun sağlanmasıdır.
- Meşruluk: Sosyal tercihlere uygunluğu ifade eder.
- Eşitlik: Hizmetin sunulmasında ve kullanılmasında adaletin sağlanmasını ifade eder.

2.1.4.1. Kalitenin Somut Unsurları

Hastane işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin boyutları Parasuraman vd. (1985)'den yararlanılarak hazırlanan boyutları aşağıdaki gibidir:

Tablo 2.2. Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları

Özellikler	Açıklama
Fiziksel Özellikler	Hizmetin sunulması sırasında kullanılan, binalar, araçlar-gereçler, teçhizat ve personelin fiziki görünümü, hizmetin fiziki simgeleri, hizmeti alan ya da bekleyen diğer hastalar fiziksel özellikleri oluşturmaktadır.
Güvenilirlik	Hizmetin ilk seferde doğru olarak sunulması yeteneği, hizmetlerle ilgili kayıtların doğru ve tam tutulması, hizmetin söz verilen zamanda yerine getirebilmesidir.
İsteklilik	Personelin hizmet sunumundaki istekliliği, hastalara hızlı hizmet verilmesi ve yardım konusunda gönüllü davranılması, ödeme ve duyuruların zamanında postalanması, arayan hastalara hızlı cevap verilmesi, randevuların hızlı ayarlanması isteklilik boyutu ile ilgilidir.
Yeterlilik	Hizmetleri gerçekleştirebilmek için gerekli bilgi ve deneyime sahip olunmasını ifade eder.
Nezaket	Hastalarla doğrudan iletişim kuran personelin saygılı ve içten olmasını ifade eder.
İnanılabilirlik	Hizmetin sunulması sürecinde hastaların çıkarlarının korunduğunun hissettirilip güvenlerinin kazanılmasını ifade eder.
Güvenirlik	Verilen hizmetler konusunda tehlike, risk ve kaygıların ortadan kaldırılmasıdır.
Ulaşılabilirlik	Hizmete ulaşmak için gerekli fiziki koşulların sağlanması ve iletişim araçlarıyla hizmete kolay erişimin desteklenmesidir.
Anlayış	Hasta beklentilerini anlamak için çaba göstermesi, düzenli hizmet alan hastaların tanınması, hastaların kişiye özel taleplerinin giderilmesidir.
İletişim	Hastalar arasında kültür ve eğitim farklılıklarının dikkate alınması suretiyle hastaları bilgilendirilmesi, problemlerinin dinlenip çözüm üretilmesidir.

Kaynak: Papatyva vd, 2012, s. 89.

Sağlık hizmet sunumunun gerçekleşme sürecinde hizmetler, doğru teşhis ve tedavinin gerçekleştirilmesini kapsayan sağlık hizmetleri, tedavi öncesi ve tedavi sonrası hazırlıkları kapsayan hemşirelik ve bakım hizmetleri ve bunların dışında kalan

hastane yönetimine ilişkin mali, idari, teknik ve destek tüm diğer unsurların yer aldığı otelcilik ve destek hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir (Kayral, 2014, s. 65).

2.1.4.1.1. Fiziksel Özellikler

Fiziksel ortam, tüketicini hizmet satın alımı öncesinde aradığı ipuçlarını vermesi açısından önemli bir kaynaktır (Esatoğlu, 1997, s. 62). Hastaneler için fiziksel özellikler boyutu, genel olarak hastane binasının dış görünüşünü, hastanenin iç düzenini, kliniklerin ve polikliniklerin yerleşim düzenini, hastane personelinin dış görüşünü (kıyafet vb.), araçların ve gereçlerin kullanılabilirliği hususlarını içermektedir (Rahman vd., 2007, s. 40). Hastanenin fiziksel özellikleri açısından özellikle hastanenin temiz ve düzenli olması hastalar açısından kalite belirlenirken en önemli alt boyutlar olarak karşımıza gelmektedir.

Fiziksel koşullar; hastane binasının dış görünümü, bekleme odaları, klinik, poliklinikler, pansuman odaları, laboratuvarlar, otopark ve benzeri özellikleri içermektedir (Kavuncubaşı, 2000, s. 301).

Hastane hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin ön koşulu fiziki mekânların iyileştirilmesini, sağlık bakım hizmetlerinin de planlı bir şekilde takip edilmesini gerektirmektedir.

Hastanenin bölümleri, taşıdıkları niteliklere ve hizmet verdikleri bölümlerin sahip olması gereken özel durumlara göre farklılık gösterir. Bu sebeple hastanenin projesi planlama aşamasındayken bölümlerin niteliklerine göre sınıflandırma ve konumlandırma yapılması gerekir. Birbiriyle bağlantılı olması gereken bölümler ve birbirinden bağımsız olan bölümler tespit edilmelidir. Poliklinik ile ameliyathane ilişkisi örnek alınır; ayaktan tedavi gören hastaların bulunduğu poliklinikler ile ameliyathane gibi hem steril olması şart olan hem de sadece tıbbi personelin bulunduğu alanlar birbirinden tamamen bağımsız olacak şekilde planlanmalıdır. Hastanenin ana girişi, poliklinik girişi, acil servis girişi, servis girişi ve morg girişleri, lojistik ve malzeme kabul girişleri doğru planlanmalı; fonksiyonları gereği sahip oldukları özel durumlara ve gereksinimlere cevap verebilecek biçimde tasarlanmalıdır (Altan, 2003, s. 54).

Hastanenin fiziksel koşulları, bireylerin çok önemseydiği tatmin boyutlarından biridir. Hastanenin fiziksel ortamı, müşteri ve hastaların hizmet satın alımı öncesindeki aradığı ipuçlarını vermesi bakımından, önemli bir kaynaktır. Aydınlatma, ısı,

havalandırma sistemi, konfor, gürültü, modernlik gibi durumlar hastanın, hastanenin fiziksel koşullarına ilişkin değerlendirmelerinde etkin rol oynamaktadır (Nelson, 1990, s. 422).

2.1.4.1.2. Tedavi Kalitesi

Hastaların, hastane tercih etmelerinde belirleyici olan en önemli faktör hekimlerdir, çünkü doktorlar hastanın problemine çare üretecek olan birinci kişilerdir. Hekimlerin, yüksek düzeyde müşteriye odaklanan bir anlayışa sahip olmaları, bu anlayış doğrultusunda hizmet vermeleri ve bunu hastalara yansıtmaları durumunda tedavi kalitesi yükselmektedir. Sağlık hizmet sunumu Hekimler tarafından, bireylere sunulan hizmetin en üst basamağıdır. Doktorların diğer sağlık personeline göre daha yüksek düzeyde müşteriye odaklı hizmet vermelerinde eğitim durumları, mesleki deneyimleri, tecrübeleri ve hasta ile etkileşim durumunda olan birincil kişiler olmasının etkisi çok büyüktür (Soysal ve Koçoğlu, 2018, s. 49).

Thurau (2004) hizmet sunumunda çalışan personelin müşteri odaklı anlayış seviyelerinin ve müşteriye odaklanan bir hizmet sunmalarının müşteri memnuniyetine, müşteri bağlılığına ve müşteri devamlılığına olan etkilerini saptamak üzere yaptığı benzer çalışmada; hizmet sektöründe çalışanların müşteri odaklılık düzeylerinin müşteri memnuniyetini sağlamada önemli bir rol oynadığını saptamıştır. Aynı zamanda çalışanların teknik becerileri, sosyal becerileri, motivasyonları ve karar verme yetenekleri sağlanan sağlık hizmetinin kalitesini etkilemekte müşteri memnuniyetini ve müşteri bağlılığını sağlayan önemli unsurlar olarak karşımıza gelmektedir (Soysal ve Koçoğlu, 2019, s. 50).

Hastalıkların teşhis edilmesi konusundaki gelişmeler çok hızlı şekilde gerçekleşmiş, klinik türlerindeki gelişmeler son yıllarda hızlı bir artış olmuştur. 4D ultrasonografi, renkli doppler ultrasonografi, ultrasonografi, PET/CT, PET/MR ve manyetik rezonans (MR) rahim filmi HSG, C kollu cihaz, BT koroner anjiyografi, QCT kemik yoğunluğu ölçümü, mamografi, bilgisayarlı tomografi, sintigrafi gibi aletlerin kullanılması hızlıca yaygın hale gelirken; lazer teknolojisinin kullanımı, şok dalgalı litografijuroloji çoğu ameliyatı anlamsız hale getirirken, anestezi donanım aletleri sayesinde cerrahi alanında büyük gelişmelere şahit olunmaktadır. Modern tıp ve donatıları ile çok hızlı teşhis yapılırken buna bağlı olarak tedavi süreçleri de kısalmaktadır. Hastaneler artık uzun süreli yatarak tedavi üniteleri olmaktan çıkmıştır.

Tüm bu gelişmeler günden güne tedavinin kalitesini artırmaktadır (Çimen, 1996, s. 13).

2.1.4.1.3. Destek hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulabilmesi için önemli bir diğer faktör de destek hizmetleridir. Hem sağlık hizmetleriyle ilgili yönetsel fonksiyonların yerine getirilmesinde, hem de hizmetlerin işleyişinin aksamadan sürdürülebilmesinde destek hizmetleri kritik öneme sahiptir. Örneğin ameliyat sırasında yaşanan bir elektrik kesintisinde jeneratörlerin devreye girmemesi, sağlık hizmetlerinin de aksamasına hatta hastanın kaybedilmesine dahi neden olabilecektir. Aynı şekilde asansörde kalan bir hastanın yaşayacağı stres ve sonrasında benzer durumlar yaşanabilir (Kayral vd., 2016, s. 9).

Hastanelerde destek hizmetleri, görüntüleme, çamaşırhane, ilaçlama, terzihane, teknik hizmetler, kat hizmetleri, mutfak, yemekhane, bilgi işlem, depo, güvenlik, bina arazi, mefruşat, taşıma, yönlendirme, bakım onarım hizmetleri, temizlik hizmetleri, tıbbi atık, tıbbi gaz ve eğitim hizmetleri gibi pek çok hizmeti kapsamaktadır.

Hastanenin temel fonksiyonu olan tıbbi faaliyetler, klinik hizmetleri, poliklinik hizmetleri, rehabilitasyon, teşhis, tedavi, gözlem ve ameliyat hizmetlerini kapsamaktadır. Hastaneler genel hizmetlerinin büyük bir kısmını hasta bakım hizmetleri oluşturmaktadır. Hastalara, hasta bakım hizmetlerinin gerektiği gibi verilmesi hastanelerden beklenen en önemli hizmettir (Gülmez ve Kitapçı, 2008, s. 183).

2.1.4.1.4. Sağlık Çalışanlarının Dış Görünüşü

Müşteriler, sağlık işletmelerine ait kurumsal imajı oluştururken, personelin kıyafetleri, kurumsal iletişim becerileri, personelin davranışları ve tutarlılık, tüketici kolaylık maliyetleri, hizmet çeşitliliği ve bölümler arası erişime kolaylık faktörlerinden etkilenmektedir. Hastane ortamında, gerek kıyafetlerin tespit edilmesi gerekse iş sürecinde personelin kıyafeti taşımasıyla ilgili bazı standartların oluşturulması gerekmektedir (Aksoy ve Bayramoğlu, 2008, s. 83).

Sağlık sektöründe üniforma; giyenin bir başkasının bakımı için gerekli bilgiyi kendinde bulundurduğuna dair sözsüz özel bir anlam ifade etmektedir. Beyaz önlük ve üniforma, profesyonellik ve pozisyon belirten bir sembol, sadelik sağlayan bir giysi

aynı zamanda infeksiyon geçişlerini engelleyen bir giysidir. Üniformaların seçilmesi ulusal düzeyde otoriteler tarafından belirleniyor olsa da, günümüzde hastanelerde üniforma olarak eğilmeye, oturmaya, kalkmaya uygun modeller ve kumaşlar seçilmektedir. İnsanlar, bir sağlık işletmesine başvurdukları zaman, hizmet aldıkları sağlık personelinin kimliklerini bilmek, yardım talep edebilecekleri kişileri ayırt etmek isterler. Sağlık işletmesinde standart bir üniformanın bulunmayışı hastaların ve hasta yakınlarının dışında aynı kurumda çalışanların da birbirlerini tanımalarını zorlaştırır (Yalçın vd., 2014, s. 6-7).

Keza, sağlık eğitimi veren üniversitelerde bu durumu pekiştirmek adına “Önlük Giyme “ törenleri düzenlenmektedir.

Sağlık kurumu yönetimi tarafından, seçilen personel giyim tarzının şekilcilikten, kategorize etmekten çok temsil edilen mesleğin eksiksiz uygulanmasını, doğru ifade edilmesini, mesleğin güçlendirilmesini, personele ve hizmet sunulan insana saygı gösterilmesini sağlayacak, bunu hissettirecek ve sağlığa zarar vermeyecek şekilde seçilmesi gerekir (Çakın ve Koç, 2016, s. 168).

2.1.4.1.5. Fiyat

Fiyat daha çok özel hastanelerde kalite açısından belirleyici olmaktadır. Hastanın aldığı sağlık hizmetinin tümünün ya da bir kısmının sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılandığı durumlarda fiyatın kalite üzerindeki belirleyiciliği azalmaktadır. Diğer taraftan sosyal güvenlik sistemi bütün sağlık hizmetlerini bedelsiz karşılamamaktadır. Bazı sağlık hizmetleri hastalar tarafından sosyal güvenlikleri olsa bile ücreti ödenerek alınabilmektedir.

Sağlık hizmetlerine olan talep, diğer mal ve hizmetlerin taleplerine göre fiyattan daha az etkilenmektedir ve talep esnekliği elastik değildir. Sağlık hizmetlerinin fiyatının devlet tarafından karşılandığı ya da Sosyal Güvenlik Kurumu gibi kurumların devrede olduğu sistemlerde sağlık hizmetlerine olan talep artmaktadır. (Kurtulmuş, 1998, s. 157-159). Ancak acil ve zorunlu vakalarda, sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin devlet tarafından ücretsiz sağlandığı veya zorunlu sigortalar kapsamında ücretsiz sunulduğu durumlarda sağlık hizmetlerinin çok düşük bir fark ücreti alınmakta ya da bir ücret ödenmemektedir. Bu durumda, fiyatın talep üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır (Mutlu ve Işık, 2005, s. 82). Sosyal Güvencesi olan hastalar daha

düşük ücretlerle karşılaşacaklarından daha fazla sağlık hizmeti talep etme eğilimindedirler (Wong vd., 2010, s. 24).

2.1.4.1.6. Çevre

Çevresel koşullar fiziksel koşulları çevreleyen aydınlatma, ısı, ısıtma, temizlik, havalandırma, gürültü ve benzeri nitelikleri kapsamaktadır (Kavuncubaşı, 2000, s. 301).

Biyolojik psikolojik ve sosyokültürel bir varlık olan insanın yaşamını sağlıklı ve mutlu sürdürebilmesi için fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel ihtiyaçlarının karşılanması gerekir. Bu zaruri ihtiyaçların karşılanabilmesi için bireyin sürekli ilişkide bulunduğu hareketli bir ortam olan güvenli bir çevreye gereksinimi vardır. Çevre ile insan arasındaki etkileşim, sürekli, karşılıklı ve kendiliğinden olup aydınlatma, ısı, nem, iklimlendirme gibi öğeler fiziksel çevreyi oluşturmakta ve insan sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir (Ocakçı, 1983, s. 36).

Birey, hastaneye yitirdiği ya da yitirmek üzere olduğu sağlığını yeniden kazanmak için tanı ve tedavi amacıyla başvurur. Hastane birey için alışageldiği çevreden farklı bir alan olup hastane ve hastaneye yatma, sağlığa karşı bir tehlike, normal çevresinden ve fonksiyonlarından alıkonulan bir tehdit olarak algılanmaktadır. Bu sebeplerden dolayı güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkilediği için hastanelerde daha büyük önem taşımakta olup hastaların iyileşmesi sürecini etkilemektedir (Karan ve Aştı, 2003, s. 16).

2.1.4.1.7. Ulaşılabilirlik

Orta ölçekte bir hastane, kentleşme süreciyle bütünleşip yoğun bir yerleşim bölgesinde ortaya çıktığı için şehrsel imgede kendisine önemli bir yer bulmuştur. Genel bir hastane, şehir merkezini akla getirir, yoğun kullanılan bir binadır (Altan, 2003, s. 51). Bu durum bazı ulaşım problemlerini de beraberinde getirmektedir. Şehir içindeki hastanelerde ise hastalar ve hasta yakınları özellikle büyükşehirlerde otopark ve trafik sorunu ile karşılaşmaktadırlar.

Ulaşılabilirlik boyutu sadece trafik ve ulaşımı içermemektedir. Hastaların randevu alabilme imkânları ve ihtiyaç duydukları zaman sağlık hizmetine gecikmeden ulaşabilmeleri de önem arz etmektedir. Hastaların internet üzerinden randevu alabilmeleri gerekmektedir. Ancak bazı devlet hastanelerinde yoğunluktan dolayı

randevu sistemi açıldığı anda hemen randevular dolabilmekte hastalar daha gecikmeli ve ertelemeli randevu alabilmektedirler.

Hastane kuruluşunda yer seçimi aşamasında önce hizmet edeceği bölge tespit edilmelidir. Orta veya büyük bir genel hastane kurulumu için genelde şehir merkezi tercih edilir. Bu tür hastaneler için yoğun yerleşim bölgelerine yakın, ulaşım ağına kolay bağlantı kurulan, alt yapısını tamamlanmış, yönetmeliklerde istenen büyüklüğe sahip, sanayinin kötü etkilerinden uzak, göreceli olarak gürültüsüz ve yeterli yeşil alanı olan, otopark imkânları yeterli olan ve havadar ama hâkim rüzgârlara çok açık olmayan bir alan uygun olacaktır. Hastane kuruluşu için seçilen alan fabrikalardan, çöp atma ve imha alanlarından, havaalanlarından, mezarlıklardan uzak olmalıdır.

2.1.4.1.8. Otel Hizmetleri

Hastalar sağlık hizmeti aşamalarında sadece sağlık hizmeti almamakta, aynı zamanda otelcilik hizmetleri de almaktadır. Özellikle yatan hastalar otelcilik hizmetlerinden yararlanmaktadır. Yeni yapılan hastanelerde yatan hasta odaları tek kişilik ve refakatçilerin de konaklayabileceği şekilde, tuvalet ve banyolu inşa edilmekle birlikte hala devlet hastanelerinin bazılarında üçer ya da daha fazla kişilik yatan hasta odaları bulunmaktadır. Bu şekildeki çoklu odalarda hastalar ve refakatçilerinin yeterli konforu elde etmesi mümkün görünmemektedir.

2.1.4.2. Kalitenin Soyut Unsurları

Sağlık hizmetlerinin soyut unsurları, iletişim, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati olarak sınıflandırılmakta olup, aşağıda bu unsurlar incelenmiştir.

2.1.4.2.1. İletişim

İletişim sağlık personelinin hasta ile iletişimini kapsayan boyuttur. Sağlık personelinin hataları hastalığı hakkında bilgilendirmeleri, tedavisi konusunda eğitmeleri, hastaya anlayışlı davranarak onu anlamaya çalışmaları iletişim boyutunun gereğidir.

2.1.4.2.2. Güvenilirlik

Güvenirlik hekimlerin hastalık teşhisi ve tedavisi yöntemleri konusundaki öngörülerinin isabetli olması, verilen hizmetlerin zamanında yapılması, tahlil ve

tetiklerin doğru olarak zamanında hastaların elinde olması ile sağlanabilir (Rahman vd., 2007, s. 39).

2.1.4.2.3. Heveslilik

Heveslilik, sağlık personelinin hastalara hizmet sunarken işlerini severek yapma düzeyleri, hastalara yardım etmeye gönüllü olma düzeylerini ifade etmektedir. Hastalar tarafından algılanan hizmet kalitesi, hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları sıkıntılar ve sorunlar doğrultusunda hastane çalışanlarının istekli (heveslilik) ve hastalara yardımcı olmaya istekli olmalarının (empati) çok büyük öneme sahip olmadığı görülmektedir (Firuzan, 2017, s. 476).

Heveslilik boyutu sağlık çalışanlarının hastalara hizmet sunarken, işlerine ne derece kendilerini verdikleri, hastalara yardım etmeye ne derece gönüllükleri olduklarına ilişkin hastaların algılamalarını içermektedir (Rahman vd, 2007, s. 40).

2.1.4.2.4. Güven

Hastane çalışanlarının bilgi ve beceri bakımından hastalara verdikleri güven, hizmeti sunan personelin dürüst ve güvenilir olması, sağlık çalışanlarının nezaketidir (Firuzan, 2017, s. 464).

2.1.4.2.5. Empati

Empati, hastane personelinin hastaları dinleme, onları anlayabilme ve anladığını iletebilme becerilerini ifade etmektedir (Firuzan, 2017, s. 465).

Sağlık hizmetlerinde mesleki yeterliliği sergilemeye yönelik girişimlerde güler yüzlü, empatik ve hümanist yaklaşımlar sağlık çalışanının profesyonelliğın göstergesi olarak önemsenmektedir. Ayrıca, çalışanların kendilerine güven duymaları ve güçlü olabilmeleri için kurumların personelinden bekledikleri giyim şekillerini ve kişisel görünümlemlerini gerekçeleriyle beraber yazılı politikalar halinde personeline sunması önem arz etmektedir (Çakın ve Koç, 2016, s. 168).

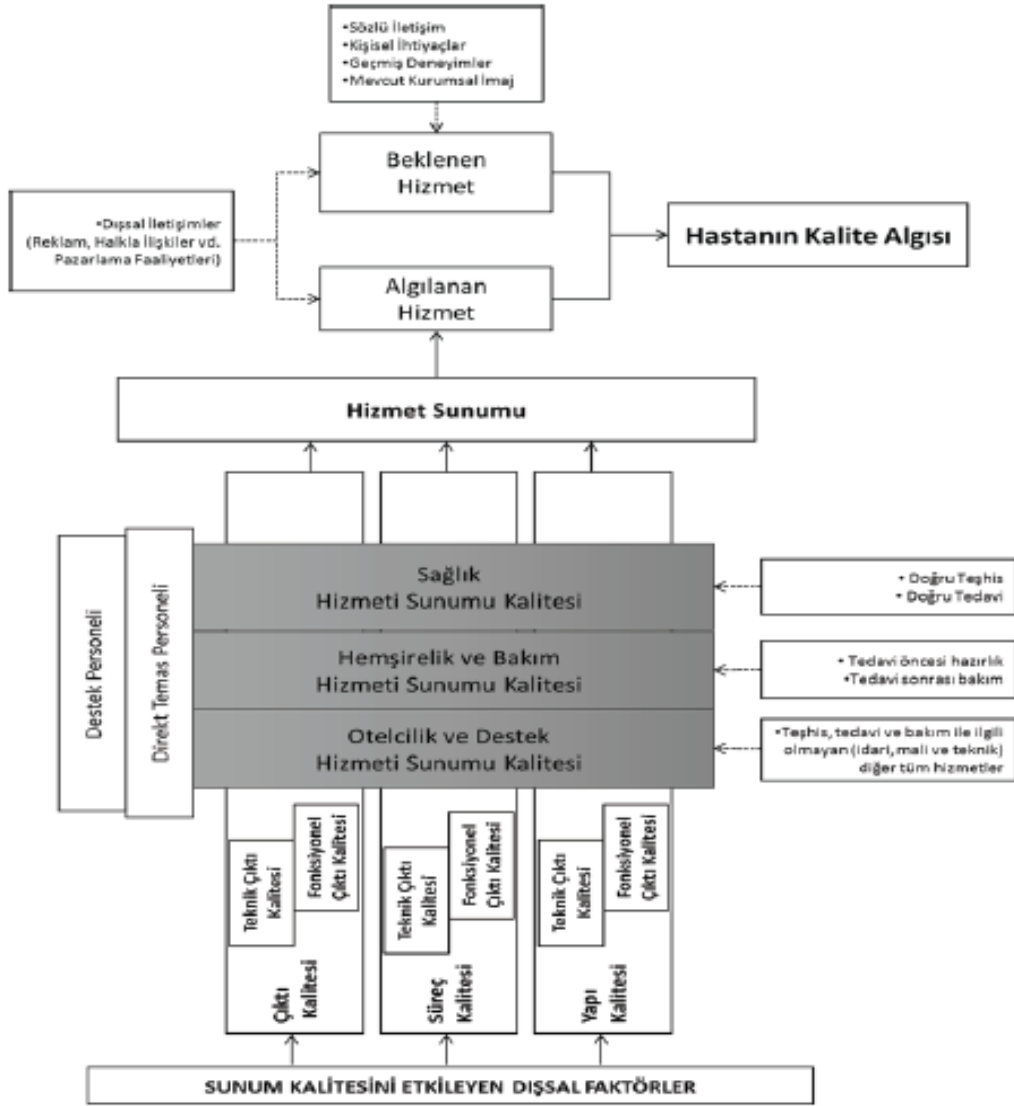
2.1.5. Beklenen Hizmet Kalitesi ve Algılanan Hizmet Kalitesi

Müşteriler hizmet kalitesini çok sayıda ölçütü dikkate alarak değerlendirmektedirler ve bunun neticesinde beklediği hizmet ile kendisine ahzedilen hizmeti mukayese etmektedir. Müşterinin beklediği kalite ile algıladığı kalite arasında negatif bir fark meydana geldiyse hizmet kalitesi düşük, aradaki fark pozitif ise hizmet

kalitesi yüksek algılanmaktadır. Hizmetler, müşterilerin istekleri ve ihtiyaçları göz önünde tutularak sunulacak olursa algılanan kalitenin de yükseltilmesi mümkün olmaktadır (Okumuş ve Duygun, 2008, s. 19).

2.1.5.1. Beklenen Hizmet Kalitesi

Hizmet sunumu esnasında ve sonrasında hastaların bu hizmetlerin kalitesini nasıl algıladıkları, hem beklenti hem de algıları ile ilgilidir. Hizmet alanların beklenti ve algıları ise birçok farklı faktörden etkilenmektedir. Şekil 2.1’de sağlık hizmetlerindeki tüm boyutlar bir arada gösterilmiştir:



Şekil 2.1. Hastanelerde Çok Boyutlu Kalite Modeli

Kaynak: Kayral, 2014, s. 65-81

Hastaların sağlık işletmelerinin sundukları hizmetlerle ilgili beklentileri, tıbbi gereksinimleri, diğer sağlık kuruluşlarındaki deneyimleri, sosyo-kültürel konuları, psikolojik durumları ve zihinlerindeki kalite tanımı gibi faktörlerden etkilenmektedir. (Özer ve Çakıl, 2007, s. 140). Sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde genelde hizmete yönelik kullanılan kaynakların yeterliliği ve bu hizmetlerden yararlanan insanların sayısı ele alınmakta; hasta hakları ve hasta memnuniyeti gibi konular ikinci planda kalmaktadır (Ataç vd., 2003, s. 309). Sağlık hizmet kalitesi değerlendirmesinde hastaların bakış açıları ve davranışlarının beklentileri önemli bir göstergedir. Son yıllarda hizmet memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmaların birçoğunda konuya hastaların beklentileri ve algılamaları çerçevesinde yaklaşıldığı ve düzeltici faaliyetlerin bu hasta bakış açısıyla değerlendirildiği görülmektedir (Shah vd., 2007, s. 169-170).

Hastaların hastane deneyimlerinin yüksek olması beklentilerini ve memnuniyet düzeylerini etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumundan memnun kalan bir hastanın ihtiyaç duyduğunda yine aynı hastaneye başvurması beklenmektedir (Konca vd., 2006, s. 160).

Müşterilerin isteklerine öncelik vermek, kaliteli hizmet sunulmasının en önemli ilkesidir. Müşterilerin isteklerinin ve beklentilerinin karşılanması ürünlerin ve hizmetin kalitesini artırdığı gibi mevcut müşterilerin korunmasını, yeni müşteri sağlanması ve sonuçta karlılığın artmasını sağlamaktadır (Çıraklı vd., 2014, s. 63-64). Hizmetler müşterilerin istekleri ve ihtiyaçları göz önünde tutularak arz edilirse algılanan kalitenin de yükselmesi beklenir (Okumuş ve Duygun, 2008, s. 19).

2.1.5.2. Algılanan Hizmet (Hizmet Değeri) Kalitesi

Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi tanımlaması hastanın memnun kalma düzey seviyesi ile izah edilir. Tatmin olmuş hastalar işletme için sürekli ve nispeten düşük maliyetli ve kâr bırakan tüketicilerdir. Ancak hastaların kalite beklentilerini tanımlamak çok kolay değildir. Sağlık hizmetlerinde kalite beklentisinin hastanın zihninde tek bir tanımı bulunmamaktadır. Bunun yerine hastanın kalite beklentisi iki farklı boyuta kendisini göstermektedir. Bunlardan birincisi; hastanın arzu ettiği kalite ve hastanın kabul edeceği kalite boyutudur. Ayrıca hastanın kalite beklentisi sektörden sektöre ve zaman içerisinde değişme gösterebilmektedir (Aksoy, 2005, s. 91-93). Öteki boyutu ise, hizmeti almadan önceki beklentileri ve aldıktan sonraki algısıdır. Bu

durum hastanın hizmet ile alakalı genel düşüncesini oluşturmaktadır (Grönroos, 1984, s. 36).

2.1.6. Hizmet Kalitesini Ölçmede Kullanılan Yöntemler ve Hastane İşletmelerinde Uygulanabilirliği

Hizmet kalitesini ölçmede kullanılan yöntemler aşağıda incelenmiştir.

2.1.6.1. SERVQUAL Modeli

Algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde Parasuraman vd. (1985) çalışmalarında geliştirdiği Servqual ölçeği yaygın şekilde kullanılmaktadır. Bu ölçek, hastanın alınan hizmetle ilgili algılaması ile hizmeti almadan önceki beklentilerin mukayese edilmesi yoluyla hizmet kalitesini ölçmeye çalışmaktadır. Algılar beklentilere eşit ya da yüksekse alınan hizmet kaliteli, aksi halde ise kalitesiz şekilde değerlendirilmektedir. Bunun için hizmetin türüne bakmadan on farklı boyut nitelendirilmektedir. Bu boyutlar şunlardır (Parasuraman vd. 1988, s. 17): Dokunulabilirlik, Güvenilirlik, Yanıt verme, İletişim, Güvenilir olma, Güvence, Yeterlilik, İncelik, Tüketiciyi anlama/bilme ve Erişme.

Servqual analizi, beklenen ve algılanan kalitenin müşteriler tarafından değerlendirilmesine dayalı bir anket analizidir. Yapılan değerlendirmeler neticesinde, kullanılan bir hizmetin, kullanıcıya göre performans düzeyiyle bu hizmetten beklentiler arasındaki fark hizmet kalitesini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Servqual ölçeği analizinde hizmet kalitesinin değerlendirilmesi, müşterilerin “Beklenti-Algı” ifadelerine verdikleri skorlar arasındaki farkın hesaplanması esasına dayanır.

Hizmet kalitesini tanımlamaya hizmet kalitesi problemlerinin sebeplerini tespit etmeye ve hizmet kalitesinin ölçülmesine ilişkin olarak Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından gerçekleştirilen çalışma, yöneticilerle görüşmelere ve müşterilerle yürütülen on iki grup tartışmasına dayanmaktadır. Bu çalışmalar neticesinde hizmet kalitesinin on boyutu tespit edilmiştir (Parasuraman vd., 1985, s. 47). Daha sonra Parasuraman ve arkadaşları anket verilerini faktör analiziyle değerlendirmişler, hizmet kalitesinin belirleyicisi olan on boyutu, beş boyuta indirgemişler “Servqual” ismini verdikleri bir hizmet kalitesi ölçme aracı olan anket ölçeğini ortaya koymuşlardır (Saat, 1999, s. 114). Somut özellikler olarak, güvenilirlik ve heveslilik boyutları korunmuş, yetenek, nezaket, inanılabilirlik ve güvenlik boyutları güven boyutu içerisinde,

ulaşılabilirlik, iletişim ve müşteriyi anlama boyutu empati boyutu içerisinde değerlendirilmiştir.

Parasuraman vd. (1988; 1991; 1993) tarafından geliştirilen Servqual hizmet kalitesi ölçeği beklenen kalite ile algılanan kalite arasında oluşan farklılığın ölçülmesi esasına dayanmaktadır (Hizmet kalitesi = Performans - Beklentiler). Servqual modelinde, veriler birbirini izleyen iki ayrı anket ölçeğiyle toplanmakta, birinci ölçekte beklentiler ikinci ölçekte ise algılamalar ölçülmektedir. En sonunda elde edilen beklenti skorlarından algılama skorları çıkarılmakta, bu şekilde hizmet kalitesi skoru hesaplanmaktadır (Sağnak, 2010, s. 33).

Servqual modelindeki hizmet kalitesini temsil eden beş boyut aşağıdaki gibidir:

- a) Somut özellikler,
- b) Güvenilirlik,
- c) Heveslilik,
- d) Güven,
- e) Empati (Müşteriyi anlama).

Hizmet kalitesinin ölçümünde en yaygın ve etkin ölçüm araçlarından birisi olan Servqual ölçeği, sunulan hizmeti geliştirmede hizmet örgütlerine geçerli ve güvenilir çözümler sunan ve birçok hizmet alanında kullanılması mümkün olan bir ölçektir

Beş boyut için hesaplanan Servqual puanlarının ortalamaları alınarak (5'e bölünerek) müşterilerin çeşitli boyutlara verdikleri göreceli önem nazara alınmadığı için, elde edilen bu genel ölçü ağırlıklandırılmamış Servqual puanı olarak adlandırılmaktadır. Ağırlıklandırılmış Servqual puanı aşağıda verilen dört safhada hesaplanmaktadır (Sevimli, 2006, s. 37):

1. Her bir müşteri için beş boyutun her birinin ortalama Servqual puanı hesaplanır.
2. Her müşteri için elde edilen her boyuta ait Servqual puanı, müşteri tarafından o boyuta verilen önem derecesinin ağırlığı ile çarpılır. (Önem ağırlığı müşterinin o boyuta verdiği puanların 100'e bölünmesiyle hesaplanır.)
3. Her müşteri için ikinci aşamada beş boyuta ilişkin elde edilen ağırlıklandırılmış Servqual puanı hesaplanır.

4. Üçüncü aşamada “N” sayıdaki müşteri için hesaplanan puanlar toplanarak, toplam “N”e bölünür.

SERVQUAL ölçeği iki bölümden oluşmaktadır. Her iki bölümde 22’şer madde bulunmaktadır. Müşteriler ilk önce beklentiler bölümünü, daha sonrasında ise algılamalar bölümünü cevaplamaktadırlar (Çiçek ve Doğan, 2009, s. 205).

2.1.6.2. *SERVPERF Modeli*

SERVQUAL modeli müşteri beklentileriyle performansı karşılaştırmak suretiyle algılanan hizmet kalitesini ölçerken, SERVPERF ölçeği, yalnızca performansa odaklanarak ölçüm yapmaktadır (Türk, 2009, s. 400).

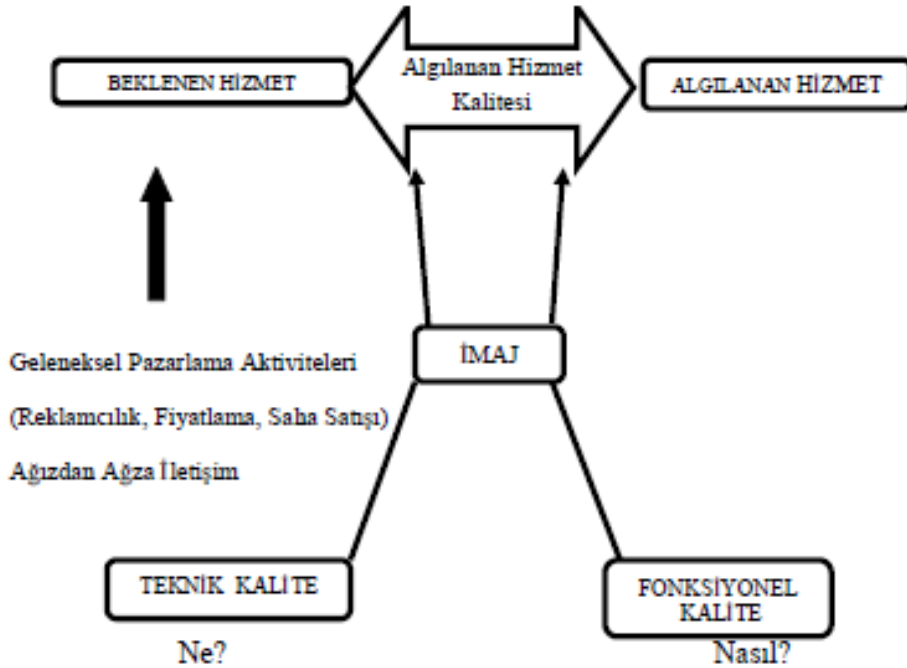
Cronin ve Taylor hizmet kalitesinin ölçülmesi, şekillendirilmesi ve bunun müşteri memnuniyeti ve alışveriş niyeti ile ilişkisini incelemişlerdir. Cronin ve Taylor; hesaplanan fark sonuçları ile algılanan sonuçları karşılaştırarak tek başına algıların, hizmet kalitesinin belirlenmesinde daha iyi belirleyici olduğunu savunmaktadırlar (Cronin ve Taylor, 1992, s. 60-65). SERVQUAL ölçeğini hizmet kalitesinin gerçekleştirilmesi ve ölçülmesi açısından tartışıp, SERVPERF modelini yalnızca performansa dayalı hizmet kalitesi ölçeğini geliştirdiler. Bu ölçeği geliştirirken hizmet kalitesinin müşteri yaklaşımının bir biçimi olduğunu ve hizmet kalitesinin yalnızca performansa dayalı ölçümünün hizmet kalitesini ölçmenin geliştirilmiş bir yöntemi olduğunu iddia etmektedirler. Özellikle, “performans beklentisi”nden çok performansın hizmet kalitesini belirlediğini savunmaktadırlar.

SERVPERF ölçeğinin SERVQUAL ölçeğinden daha etkili ve iyi neticeler veren bir ölçek olduğu kanaatine varılmıştır. Cronin ve Taylor’a göre; aynı zamanda hizmetle birlikte somut bir ürünün de sunulduğu durumlarda SERVPERF ölçeği daha geçerli bir ölçek olarak sonuç vermektedir. Bir işletmenin hizmet sunumuna ait performansına ilişkin tavırların, deneyimler mevcut değilken beklentiler yoluyla geliştirildiğini ve bu tavırların söz konusu işletmenin hizmetlerinden faydalanma ve bu hizmeti satın alma eğilimlerini etkilediği vurgulanmıştır. (Okumuş ve Asil, 2007, s. 159).

2.1.6.3. Grönroos Modeli

Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli, hizmet kalitesinin teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj olarak üç boyutta (Şekil 2.2.) incelenmesini önermektedir (Kang ve James, 2004, s. 67):

- Teknik kalite, tüketicilerin hizmet firmasıyla etkileşiminin sonucunda gerçekte ne aldığıdır. Teknik kalite tüketicinin ne aldığıın göstergesidir.
- Fonksiyonel kalite, tüketicinin teknik kaliteyi nasıl aldığı, tüketicinin aldığı hizmeti değerlendirmesinde oldukça önemlidir. Fonksiyonel kalite, tüketicinin hizmeti nasıl aldığı sorusunun cevabıdır.
- İmaj, hizmet firmaları için çok önemli olup hizmetlerin teknik ve fonksiyonel kaliteleri ile doğrudan ilgilidir. İmajın, fonksiyonel ve teknik kalite tarafından oluşturulduğu ifade edilebilir. İmaj; gelenek, ideoloji, ağızdan ağza iletişim ve halkla ilişkiler gibi faktörlerden etkilenen teknik ve fonksiyonel hizmet kalitesinin sonucunda oluşabilir.



Şekil 2.2. Grönroos Modelinin Şematik İfadesi

Kaynak: Grönroos, 1984, s. 40.

Şekil 2.2’de kalite tecrübelerinin geleneksel pazarlama faaliyetleriyle ilişkisi gösterilmektedir. İyi algılanan kalite, tecrübe edilen kalitenin müşteri beklentilerini karşıladığı durumda ortaya çıkmaktadır. Eğer beklentiler gerçek dışıysa algılanan toplam kalitenin düzeyi düşük ölçülecektir.

Hizmet kalitesinin algılanmasında ortak imaj da oldukça önemlidir. Çoğu durumda müşteriler, şirketi ve alım-satım ilişkileri sürecindeki kaynakları görebilecektir. Bu sebeple ortak imaj veya bazen yerel imaj çoğu hizmet şirketi için önem arz eder ve müşteri algısında önemli bir yere sahiptir. Eğer ortak imaj olumlu yönde gidiyorsa müşteri küçük hataları affedebilir. Aksi bir durumda söz ise müşteriler küçük bir hatada hoşnutsuz bir hale gelebilirler. Ortak imaj müşterilerin işletmeyi nasıl algıladıklarının bir neticesidir. Bu sebeple ortak imajın hizmetlerin teknik ve fonksiyonel kalitesi tarafından bina edilmesi beklenmektedir. Müşteriyi gören ve algılayan şirketlerin büyük bir çoğunluğu hizmet şirketleridir (Akdoğan, 2011, s. 45).

2.1.6.4. Carman Modeli

Carman’ın çalışması ise hastanedeki hizmet kalitesini iki boyutta incelemiştir. Bu boyutlar, teknik ve konaklama (fonksiyonel) boyutudur. Teknik boyutu, hemşire hizmeti doktor hizmetini; konaklama boyutu ise, yemek servisi, oda sıcaklığı, temizlik, park, gibi konaklama boyutlarını kapsamaktadır. Carman (2000) çalışmasında, tüketicilerin hemşirelik bakımı, doktor bakımı ve sonucun teknik boyutlarını hastane bakımının konaklama işlevlerinden daha önemli olarak değerlendirdiğini ve teknik boyutlar arasında önemli etkileşimler olduğunu ortaya çıkarmıştır. Teknik kalite değerlendirmeleri, duygusal özelliklerin algılanan kalite seviyesinden etkilenmediğini göstermektedir. Bu özelliklerin göreceli önemi, geçmişteki hastaların çeşitli alt grupları arasında oldukça istikrarlı bulunmuştur (Carman, 2000, s. 347).

2.2. Müşteri Memnuniyeti ve Hastane İşletmelerinde Hizmet Alan (Hasta) Memnuniyeti

Müşteri memnuniyeti, işletmenin müşteri beklentilerini karşılaması veya müşteri beklentilerinden daha fazla faaliyette bulunmasıdır. Müşteri memnuniyetinin artması, mevcut müşterilerin elde tutulmasını sağlar. Yeni bir müşteri kazanılması mevcut müşterileri elde tutmaktan daha pahalı bir iş olduğu için işletmeler açısından

müşteri memnuniyeti, satışların ve karlılığın artırılmasında günümüzde kilit rol haline gelmeye başlamıştır (Loudon vd., 2004, s. 9).

Hastalar, hastane seçiminde bulunarak, hizmet aldıkları hastaneyi başkalarına önererek, aynı hastaneyi tekrar tercih ederek veya tam aksine, hizmet almayı bırakarak ve tavsiye etmeyerek memnuniyetsizliklerini gösterebilir fırsatları tanımlamada aktif bir rol oynayabilirler. Bu sebeple hastaların algıladığı hizmet kalitesinin ve memnuniyet halinin ölçülmesi hastane işletmelerinin performanslarının iyileştirilmesinde ve müşteri memnuniyetinin sürdürülebilirliğinin sağlanmasında stratejik bir öneme sahiptir. Bu sebeple, sağlık işletmeleri müşteriye ulaşabilmek, isteklerini ve ihtiyaçlarını tespit etmek ve buna göre mal ve hizmet üretmek üzere müşterileri ile ve potansiyel müşteri gruplarıyla ilişki seviyesini en üst seviyede tutmak zorundadır (Bişkin, 2018, s. 53).

Hasta memnuniyeti çeşitli etkenler tarafından etkilenmektedir. Bunlar; hastaya ilişkin olarak yaş, cinsiyet, eğitim, sosyal güvence, hastalık tanısı gibi, hizmet sunanlara ilişkin çalışanların davranışı, hastalık hakkında bilgilendirme, yönlendirme, hasta personel etkileşimi gibi ve kuruma ilişkin özellikler olarak fiziksel ve çevresel koşullar, mevzuat gibi değişkenlerdir (Özer ve Çakıl, 2007, s. 140).

2.2.1. Müşterinin (Hizmet Alanın) Tanıtılması

Artık, müşteri kavramının sınırları eskiye göre oldukça genişlemiştir. Müşteri yalnızca ödeme yapan kişi olarak değil, işletmenin ürettiği hizmetten faydalanan kişi ya da kişi grupları olarak ifade edilmektedir. İşletmeler hangi hizmeti yürütürlerse yürütsünler işin merkezine müşterileri koymaları zaruriye olmuştur. (Barla, 1998: 10-11)

Müşteri, kişisel veya ticari istekleri için mal veya hizmet satın alan kişi veya kurumdur. Hastane işletmelerinde ise müşteri hasta kavramı ile özdeşleşmektedir. Hasta, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan ve bu hizmeti talep eden kimse olarak tanımlanmaktadır. Hasta, sağlık kurumlarının bilhassa da hastanelerin işletmecilik bakımından müşterisidir. Müşteri parası için hizmet edilecek kişi olarak görülürken; hasta ise düştüğü sıkıntılı durumdan maddiyat geri planda kalacak şekilde kurtarılacak olan ve yardıma ihtiyacı olan kişidir. Bu şekilde sağlık hizmetlerinden faydalananlar için aldıkları sağlık hizmetinin karşılığında kendileri ya da kendilerinin yerine sigorta şirketleri, sosyal güvenlik kurumları veya üçüncü işler ödeme

yapmaktadır. Bu bakımdan sağlık kurumlarından sağlık hizmeti alanları müşteri olarak değerlendirmek yanlış olmayacaktır (Bostan, 2005, s. 19).

2.2.2. Müşteri (Hizmet Alan) Memnuniyeti Kavramı

Sağlık kurumlarının en önemli müşterisi olan hastaların tatmini, sağlık kurumlarının temel çıktılarından bir tanesidir. Hasta memnuniyeti, hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Hasta memnuniyetini belirleyen birinci unsur, hasta beklentileri, ikinci faktör ise hastanın aldığı hizmeti algılaması olup, algılanan hizmetin beklenen hizmeti karşılamasıdır. Hasta tatmini, sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin değerlendirilmesi için kullanılan temel ölçütlerden bir tanesidir (Kavuncubaşı, 2000, s. 294). Sağlık işletmelerinde hasta memnuniyeti, insancıl nedenler, ekonomik nedenler, pazarlama ve etkililik nedenleriyle önem göstermektedir.

2.2.2.1. Müşteri Değerı

Kurum organizasyonları, müşteri değerı temelinde, bölümlendirmeden yararlanmakta ve hem gelir hem de maliyet faktörlerini yeni bir çizgi içinde müşterilerine sunarak fayda sağlamaktadır. Diğer analitik verilerle beraber sunulduğu zaman, müşteri değerı zorluklarla mücadelede de müşteri bakış açısını sağlamaktadır (Goonan, 2005: 2)

Sağlık işletmelerinin memnun etmesi gereken müşteri grubu çok geniş ve dağınık bir gruptur. Sağlık kurumlarının başarısı ve sürdürülebilirliği, önemli ölçüde bu müşterilerin isteklerini ve beklentilerini karşılayabilme kabiliyetine bağlıdır. Tüm müşteri gruplarının isteklerinin ve beklentileri birbirinden farklı olması sebebiyle sağlık işletmelerinin her müşteriyi tatmin etmek için farklı yöntemler geliştirmesi gerekmektedir. Başarılı müşteri değerı oluşturma stratejilerinin oluşturulmasının gerekçesi günümüzdeki pazar gerçeklerinden kaynaklanmaktadır. Günümüzde, müşteriler daha önceyle kıyaslanmayacak derecede fazla talepte bulunmaktadır (Woodruff ve Gardial, 1996: 5)

2.2.2. Müşteri (Hizmet Alan) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hastane işletmelerinde müşterinin memnuniyetini etkileyen faktörler hastaya ilişkin özellikler, hastanede hizmet verenlere ilişkin özellikler ve hastaneye ilişkin özellikler olarak sınıflandırılarak aşağıda incelenmiştir.

2.2.2.1. Hastaya İlişkin Özellikler

Hasta memnuniyetinde hastaya ilişkin özellikler, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, hastalığının cinsi ve hastanede kalış süresi olarak karşımıza çıkmaktadır. Algılanan hizmet kalitesinde algılayan olarak hastanın kişisel özellikleri oldukça etkili bir faktördür. Hastanın iyimser, kötümser, sabırlı, sabırsız olması gibi kişisel özellikleri bu algıda etkili olmaktadır.

2.2.2.2. Hizmet Verenlere İlişkin Özellikler

Hastanede sunulan sağlık hizmetleri bir ekip koordinasyonu gerektirir. Kaliteli hizmet sunulması, hastanedeki tüm çalışanların sorumluluğunda gerçekleşmektedir. Hizmetin bir bölümünde ya da hizmet sunan grubun bir tanesinde aksamalar veya düzensizlik mevcutsa, müşterilerin bu aksamaları algılamaları diğer alanlara da sirayet etmekte ve hasta memnuniyeti etkilenmektedir (Yanık, 2000, s. 64). Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknoloji ne kadar ilerlerse ilerlesin, sahip olunan insan kaynakları kalite açısından yeterli niteliklere sahip değilse, hizmet kalitesi düşük algılanacaktır. Sağlık hizmetinin sunulmasında her aşamada hastalarla birebir ilişki içinde olan sağlık çalışanı, hastaların hastaneye bakış açıları ve hasta tatmini üzerinde oldukça etkilidir (Korkmaz, 2003, s. 1). Sağlık personelinin kişilik nitelikleri hastaya olan tutumunu ve davranışını etkiler. Hastaya gösterilen, nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, alaka, bilgilerini ve becerilerini sunma tarzları hastaların rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasına yardımcı olmaktadır (Çakıl, 2007, s. 142).

Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, doktorun uzmanlık bilgisinden daha çok, kendisini dinlemesi, duyarlı olması, yeterli zaman ayırması, nezaket ve saygı göstermesi gibi davranışlarını önemsemektedir. Hekimlerin davranışı, hastaların memnuniyetiyle birlikte sunulan hizmetin etkinliğini de yükseltmektedir. Hasta ile doktor arasında pozitif bir ilişki kurulması halinde

hastalar doktorların önerilerine uymakta ve tedavilerine ara vermemektedirler (Kısa ve Tokgöz, 2007, s. 282-283).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında, hemşirenin temel fonksiyonu, sağlıklı veya hasta bireye yardımcı olmaktır. Hemşirenin yardımı, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gereken bilgiye, isteğe ve kuvvete kavuşmasına yönelik faaliyetleri içerir. (Tatarlı, 2007, s. 55)

Hasta, durumunu, başından neler geçtiğini, ne kadar süre bu şekilde kalacağını ne tür tedaviler alacağını merak etmektedir. Hastaların ve yakınlarının doktorlar tarafından bilgilendirilmeleri, onların hastalık haline daha anlayışla uyum sağlamalarını sağlamaktadır. Hastaların sağlık durumu hakkında bilgilendirilmelerinin, hasta memnuniyetini etkilediği çok sayıda araştırma da tespit edilmiştir (Kısa ve Tokgöz, 2007, s. 283).

2.2.2.3. Kurumsal Özellikler

Hastane işletmelerinde hasta memnuniyetini etkileyen kurumsal özellikler, sağlık hizmetinin sunulduğu hastanenin, kamu, üniversite veya özel hastane olması ile aydınlatma, ısı, havalandırma, bekleme salonları kafeteryalar, otoparklar gibi fiziki imkanları kapsamaktadır.

Sağlık hizmetleri sağlayan hastaneler bakımından fiziksel ortam, hastanın sağlık hizmetlerini satın alma kararının verilmesinde ve satın aldığı hizmetlerden memnun olmasında, hatta hizmeti tekrar satın almasında çok önemli bir faktör olarak karşılaşılmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetinin sunulduğu fiziksel ortamın unsurları içerisinde temizlik başta olmak üzere poliklinik, laboratuvar, görüntüleme ve ayaktan hasta bekleme alanlarının hastalar için uygun olması gereklidir (Büber ve Başer, 2012, s. 272).

Hastanenin iç ve dış fiziksel koşulları, bireylerin çok üzerinde durdukları, önem verdikleri memnuniyet boyutlarından birisi olarak görülmektedir. Yetersiz oda koşulları, bakımsız bir hastane, hastalar için memnuniyetsizlik nedeni olmaktadır. Fiziksel ortam, hastaların hizmet satın almadan önce aradıkları ipuçlarını sağlaması açısından önemli bir unsurdur

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli unsurlardan birisi de hastanedeki bürokratik zaman kayıpları, işlem sırasında uzun beklemeledir. Çoğu hastane için,

hastaların yatış ve taburculuk hizmetleri, hastaların ve yakınlarının uzun süre bekletilmelerinden ötürü, sorun haline dönüşebilmekte ve memnuniyetsizlik gerekçesi olmaktadır. Hastaların zaman kayıplarından dolayı mutsuz ve memnuniyetsiz oldukları kolaylıkla görülmektedir (Esatoğlu, 1997: 64)

Diğer taraftan hastanın stresli ve endişeli olduğu ve alışık olmadığı bir ortama uyum sağlamasının, olabildiği kadar kısa sürmesi, hastanın kendini güvenli hissetmesi ile ilişkilidir. Hastanın, hastanenin tıbbi bakımına ve tedavisine, ekibine ve ortamına duyacağı güven onları tatmin edecek seviyede olmalıdır.

2.3. Hizmet Kalitesi ve Hasta (Hizmet Alan) Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Sağlık hizmetlerinin kalitesini, verimliliğini, etkinliğini ve dolayısıyla performansını değerlendirmede kullanılan önemli kavramlardan biri de hasta memnuniyetidir (Tezcan, vd., 2014, s. 58). Hasta memnuniyeti, hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren esas otoritenin hasta olduğunu ve bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt olduğu bildirilmiştir (Kılınç, 2009, s. 239).

Hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti pazarlama teorisinin ve uygulamalarının temelinde yatan iki temel kavramdır Çağımızın yoğun rekabet ortamında, sürdürülebilir rekabet üstünlüğü sağlamanın yolu, müşteri memnuniyeti sağlayacak kaliteli hizmet arzından geçmektedir (Sureshchandar vd., 2002, s. 363). Yoğun ve kıran kırana rekabetin olduğu bir pazarda modern pazarlama anlayışı gereğince müşterinin memnuniyeti pazarlama faaliyetlerinin odak noktasına oturmaktadır (Eroğlu, 2005, s. 10). Müşteri memnuniyeti, işletmenin müşterinin beklentilerini karşılaması ya da müşteri beklentilerinin üzerinde fayda sağlayacak şekilde faaliyette bulunması sonucu oluşur. Müşteri memnuniyetinin artması mevcut müşterilerin elde tutulmasını sağlar. Yeni bir müşteri kazanmak mevcut müşterilerin elde tutulmasından daha maliyetli bir iş olduğu için işletmeler açısından müşteri memnuniyeti, satışların ve karlılığın artırılmasında odak noktası haline almıştır (Loudon vd., 2004, s. 9).

Müşteri memnuniyeti, hem uzun dönemli müşteri sadakatinin yakalanması hedefini hem de kısa ve uzun dönemli işletme maliyetlerini etkilemektedir (Gagliano ve Hathcote, 1994, s. 60). Müşterilerin beklentilerinin üzerine çıkan ya da müşterilerinin beklentileri tam olarak karşılayan işletmeler müşteri memnuniyetini

karşılama sayılırlar. Eğer sunulan hizmetin performansı müşterinin beklediğinden az ise müşteri beklentileri karşılanmadığı için memnuniyetsizlik oluşabilir (Stanton vd. 1994, s. 159).

Hizmet kalitesinin iyileştirilmesinde domino güç olan müşteriler, beklentilerini açık ederek, işletmenin kendisine nasıl bir hizmet sunması gerektiği hususunda ipuçları verirler. Başka bir ifadeyle hizmet kalitesinin artışının veya sunulan hizmetin tatmin edici olabilmesinin anahtarı, o hizmeti alan müşterilerin kendisidir. Müşterinin beklentileri, tepkileri, önerileri, şikâyetleri ve her türlü geri bildirimini işletmeye neyi nasıl yapılması gerektiği hususunda ipuçları verir. O halde kaliteli hizmet sunumuna müşterilerin fikirlerini dikkate alarak ulaşmak da mümkündür (Sevimli, 2006, s. 17).

Algılanan hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti ile alakalı literatüre bakıldığı zaman iki kavram arasındaki ilişkinin açıklanmasında görüş birliği olmadığı görünmekte ve konuyla ilgili olarak üç farklı görüş bulunmaktadır. :

- Birinci görüş; hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetinden önce ortaya çıktığı şeklindedir (Parasuraman vd. 1994, s. 111-124).
- İkinci görüş; müşteri memnuniyetinin hizmet kalitesinden önce ortaya çıktığı şeklindedir (Bitner, 1990, s. 69-82)
- Üçüncü görüş ise; ilişkinin yönünün değişebildiği şeklindedir (Dabholkar, 1995, s. 101-108)

Algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti sıklıkla farklı yapılar olarak ele alınmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti yapıları birbirine çok benzemekle beraber, bazı araştırmalarda farklı oldukları deneysel olarak kanıtlanmıştır (Spreng vd., 1996, s. 210). Algılanan hizmet kalitesi, hizmetin üstünlüğü ile ilgilidir. Parasuraman vd. (1985) araştırmalarında ulaşılan sonuçlara göre, müşteriler belirli bir hizmetten memnunken aynı hizmet işletmesini yüksek kaliteli şekilde değerlendirmemişlerdir.

Müşterinin memnuniyet düzeyi sunulan ürünlerin ve hizmetlerin kalitesine bağlıdır. Çağımızda müşterinin daha bilinçli ve kolay kolay beğenmeyen müşteri haline gelmesi işletmelerin müşterilerini memnun edebilmek üzere daha fazla gayret göstermelerini gerektirmektedir. Hizmet sektöründe ise arz edilen hizmetin soyut olması ve değişkenlik niteliği taşıması müşteri memnuniyetinin sağlanmasını güçleştirmektedir. Somut ürün üreten sektörlerde üründen kaynaklanan müşteri

memnuniyetsizliğini ortadan kaldırmak göreceli olarak kolay olmasına karşın, hizmet sektöründe üretim ve tüketimin eş zamanlı olması sebebiyle meydana gelen memnuniyetsizliği ortadan kaldırmak oldukça güçtür. Bilhassa sağlık işletmelerinde müşteri olarak düşünölen kişinin "hasta" olduğu, bir an önce tedavi olma isteği olduğu ve yaşadığı fiziksel rahatsızlıklar sebebiyle fazlaca duygusal davrandığı düşünölecek olursa; hastaların memnuniyetini sağlamak ve işletmeye olan sadakati güçlendirmek oldukça zordur (Soysal ve Koçoğlu, 2018, s. 43).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ'NDEN HİZMET ALAN HASTALARIN HİZMET KALİTESİ VE MEMNUNİYET ALGILARININ İNCELENMESİ

3.1. Literatür Taraması

Yapılan literatür incelemesi sonuçlarına göre sağlık kurumlarında müşterilerin memnuniyetleri ve sunulan hizmet kalitesi konularında çeşitli çalışmaların bulunduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan bazıları aşağıdaki gibidir:

Butler vd. (1996) çalışmalarında müşterilerin (hastaların) sağlık işletmesinde çalışanlardan ilgi ve alaka görmeyi beledikleri ve gösterilen bu ilginin hastaların memnuniyet düzeylerini yükselttiğini tespit etmişlerdir.

Dodson (1996) çalışmasında, hastanenin hizmet kalitesinin hastaların memnuniyet düzeylerine etkileri incelemiş ve iki değişken arasında da pozitif bir ilişki olduğunu bulgulamıştır.

Camileri ve O'Callahan (1998) çalışmalarını gerek kamu gerekse de özel sağlık işletmelerini kapsayacak şekilde tasarlamışlardır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, hizmet kalitesi yedi boyutta toplanmıştır. Hizmet kalitesinin boyutları kamu ve özel sağlık işletmelerindeki katılımcılar tarafından önemlilik düzeyine göre sıralanmıştır. Bu boyutlar; yiyecek hizmetleri, sağlık işletmesinin çevresi ve temizliği, uzmanlık ve teknik kalite (doktor, hemşire, ebe, tıbbi sekreter, fizyoterapist gibi.), müşteri konforu (muayene saatleri, rahatlık gibi), kişisel ilgi hizmetleri (müşterinin bilgilendirilmesi, bireysel ilgi, gizlilik gibi), erişebilirlik ve fiyat olarak tespit edilmiştir.

Carman (2000) çalışmasında hizmet kalitesinin “fonksiyonel” ve “teknik” nitelikler olmak üzere iki boyut nitelikten oluştuğunu savunarak, bu iki boyutun hizmet kalitesi üzerindeki etkilerini ve etkileşimlerini incelemiştir. Fonksiyonel nitelikler hizmetin sunulmasıyla alakalı özelliklerden oluşmakta, teknik özellikler ise hizmetin sonuçlarıyla ilgili niteliklerden meydana gelmektedir. Çalışmanın bulguları, hastaların hizmet kalitesi algılarına etki eden teknik niteliklerin, fonksiyonel niteliklerden daha önemli olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, teknik niteliklerin fonksiyonel

niteliklerden etkilenmedikleri de tespit edilmiştir. Araştırmanın bulgularından bir başkası da, teknik nitelik olarak hastanedeki hemşirelik hizmetlerinin diğer hizmetlere göre daha çok önemsendiğidir. Çalışmanın sonuçlarına göre, hemşirelik hizmetlerinin, hastalar tarafından hekimlik hizmetlerinden daha önemli olarak algılandığı bulgulanmıştır.

James (2002) çalışmasında ABD hastanelerinde günümüze değin kaliteyi yükseltme gayretlerinin göreceli olarak idari alana ve destek hizmetleri alanına yoğunlaştığı, ancak hekimlik hizmetlerinde TKY konusunda pek fazla bir girişim bulunmadığını iddia etmektedir. Doktorların hastane hizmetlerinin diğer alanları ile ilgilenmelerinin sağlanması için ilk aşamada hekimlerin TKY'ye ilişkin çeşitli şüphelerinin ortadan kaldırılmasına gerek vardır. Diğer taraftan, doktorların klinik hizmetleriyle ilgili doğrudan ilişkili olmayan işlere ayıracakları vakit için az da olsa ücret ödenmesi gerekmektedir. James'e göre, hekimlerin teşhis ve tedavi süreçlerinin istikrarlı olabilmesi için hekimlerin bu süreçleri tam olarak sahiplenmeleri gerekmektedir. Söz konusu tedbirler, sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyetinin sağlanmasını temine edecek olan toplam kalite yönetiminin uygulanması için gerekli önlemleri kapsamaktadır.

Çatı ve Yılmaz (2002) çalışmalarında, hastane hizmetlerinde kalite algısını etkileyen faktörlerin neler olduğunu saptamaya çalışmışlardır. Araştırmanın sonuçlarına göre, "müşterilerin memnuniyeti bakımından hastaların cinsiyetinin, daha önce gitmiş oldukları hastanenin ve eğitim seviyelerinin etkili olduğunu" bulgulamışlardır. Bayan hastaların memnuniyet düzeyleri erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastanede daha kısa süre bulunan hastaların, daha uzun süre bulunan hastalara göre memnuniyet seviyelerinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Yağcı ve Duman (2006) çalışmalarında hastanelerde sunulan poliklinik hizmetlerinde algılanan kalitenin unsurlarını tespit etmeyi ve bu unsurların hastane türlerine göre genel hasta memnuniyetiyle olan ilişkilerini incelemeyi hedeflemişlerdir. Çalışma, Türkiye'nin güneyindeki iki metropol ilde devlet, özel ve üniversite hastanelerinden poliklinik hizmeti alan 225 hasta ile yapılmıştır. Hastaların hizmet kalitesi algıları, dört boyut üzerinden ölçülmüştür. Bu boyutlar muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, kişisel ihtiyaçların karşılanması-tetkik hizmetleri ve hastanenin genel görünümünden oluşmaktadır. Çalışmanın sonucunda, kamu

hastanelerinde muayene öncesi hizmetler ve genel görünüm düzeyinin, özel sağlık kurumlarında belirlenen bütün boyutların, üniversite sağlık kurumlarında ise hekimlik hizmetlerinin düzeyinin, kişisel ihtiyaçları karşılama ve tetkik hizmetlerinin ve fiziksel görünüm düzeyinin hasta memnuniyetini çok büyük ölçüde etkilediği saptanmıştır.

Taner ve Antony (2006) çalışmalarında Türkiye’de ki kamu ve özel hastanelerindeki hizmet kalitesini, Servqual modelini kullanarak incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları, hastaların sağlık işletmelerindeki hizmetin kalitesini; güvenilirlik, heveslilik, güven, duygudaşlık, fiziksel nitelikler olarak beş boyutta değerlendirdiklerini göstermektedir.

Raja vd. (2007) araştırmalarında Hindistan’da faaliyet gösteren özel sağlık işletmelerini çeşitli hizmet kalitesi boyutları açısından incelemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına bakılırsa sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin en önemli boyutları, liderlik, süreçlerin yönetimi, personel yönetimi, kaynak yönetimi ve müşteri memnuniyeti şeklinde ortaya konulmuştur.

Günel (2007) çalışmasında, hastaların memnuniyeti araştırılmıştır. Memnuniyet odaklarına bakılırsa iyileştirilmesi gerekli alanlar arasında; tuvaletlerin temizliği, bekleme salonlarındaki koltuk sayısı, ayakta kalma, laboratuvar sonuç vermedeki bekleme süresi ve görüntüleme bekleme süreleri tespit edilmiştir. Tüm bekleme süreleri azaltılarak hasta memnuniyetinin artırılabilmesinin mümkün olduğu bulgulanmıştır.

Gülmez ve Kitapçı (2008) kamusal sağlık işletmelerinde hem yatan hem de ayaktan tedavi alan hastalar üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada, yatan hastaların hastanedeki hizmetin kalitesini; çalışan (tıbbi ve destek.), hasta odası, yatak, yemek, temizlik ve ziyaretçi imkânı olarak altı boyutla değerlendirdiklerini tespit etmişlerdir.

Ariffin ve Aziz (2008) çalışmalarında Servqual modelini sağlık işletmelerinde uygulayarak özel bir Hospiqual modeli (sağlık işletmelerine özgü hizmet kalitesi ölçeği) oluşturmuşlar ve Malezya’daki sağlık işletmelerini bu modelle değerlendirmişlerdir. Bu araştırmada; sağlık hizmetleri alıcılarının, sağlık işletmelerini güvenilirlik, heveslilik, empati, fiziksel nitelikler olarak dört farklı boyutta değerlendirmekte oldukları tespit edilmiştir.

Araslı vd. (2008) çalışmalarında Kıbrıs’taki kamusal ve özel sağlık işletmelerinde algılanan hizmetin kalitesi üzerine bir araştırma yapmışlardır. Bu

çalışmanın sonuçlarına bakılırsa, sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık işletmelerini empati, iletişim, öncelik, yiyecek hizmetleri, fiziksel nitelikler, personelin uzmanlığı boyutları ile değerlendirmektedirler.

Karassavidou vd. (2009) çalışmalarında Yunanistan'da faaliyet gösteren sağlık işletmelerinde Servqual modelini uygulamışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre algılanan hizmet kalitesi boyutları; güvenilirlik, heveslilik, güven, empati, fiziksel özellikler olarak tespit edilmiştir.

Eggleston vd. (2010) çalışmalarında Çin'de faaliyet gösteren kamusal, özel ve vakıf sermayeli sağlık işletmelerinin hasta memnuniyeti açısından karşılaştırılmasını yapmışlardır. Çalışmanın sonuçları, özel sağlık işletmelerinin personel, teknoloji, tıbbi medikal cihazlar ve hasta memnuniyeti bakımından diğer sağlık işletmeleri türlerine göre çok daha ileri bir seviyede olduklarını göstermektedir.

Rahmqvist ve Bara (2010) İsveç'te yaptıkları çalışmada hastaların algıladıkları hizmetin kalitesiyle hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi hastaların demografik nitelikleri bakış açısıyla incelemişlerdir. Yirmi yaşın üstündeki hastalarla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları, acil servislerde genç hastaların (%54) yaşlı hastalardan daha az memnun kaldıklarını göstermektedir. Diğer taraftan, eğitim düzeyi düşük olan hastaların memnuniyet seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öz ve Uyar (2014) çalışmalarında sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti üzerinde iletişim ve pazarlama yöntemlerinden, Ağızdan Ağıza pazarlamanın (AAP) etkilerini incelemişlerdir. Tüketiciler açısından AAP, satın almadan önce önemli bir bilgi kaynağı olarak görülmektedir. Bu çerçevede Karaman'da faaliyet gösteren hastanelerden sağlık hizmeti alan kişilere anket uygulamışlardır. Algılanan hizmet kalitesinin ve müşteri memnuniyetinin, tavsiye davranışı üzerinde büyük ölçüde etkili olduğu tespit edilmiştir.

Bişkin (2018) çalışmasında Konya'da ki kamusal ve özel hastanelerde yatarak tedavi alan hastaların hizmet kalitesi algıları ve hasta memnuniyeti ilişkisini araştırmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların algıladıkları hizmet kalitesi bakımından kamusal ve özel hastaneler arasında bir takım farklılıklar bulunduğu; hekimler dışındaki diğer sağlık personeli ve hastanede verilen yemek hizmetlerine ait

kalite algısının hastaların memnuniyetleri üzerinde anlamlı etkiler oluşturduğu saptanmıştır.

Bilgin ve Göral (2017) çalışmalarının amacını, hastanelerde hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini Bartın Devlet Hastanesinden sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde incelemek olarak belirlemişlerdir. Çalışmanın sonucunda, hastanelerde hizmet kalitesini oluşturan faktörlerden etkileşim kalitesinin hasta memnuniyeti üzerinde üst seviyede anlamlı bir etkiye sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Buna rağmen hizmet kalitesi bileşenlerinden fiziksel çevre kalitesinin ve çıktı kalitesinin hasta memnuniyeti üstünde istatistiki olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığını belirlemişlerdir.

Samancı ve Kök (2020) çalışmalarında, bir kamu hastanesinden hizmet alan yatan hastaların, hizmet kalitesi algılarının yaşlarına, cinsiyetlerine ve öğrenimlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemeyi amaçlamışlardır. Araştırmanın sonuçlarına göre hastaların memnuniyet düzeyinin tepe olduğu madde “Hastane çalışanları hasta mahremiyetine saygı gösterirler.” maddesi olmuş, memnuniyet düzeyinin dip olduğu madde ise “Hastanenin otopark imkânı yeterlidir.” maddesi olduğu görülmüştür. Çalışmanın sonuçlarına göre, cinsiyete göre ve yaş gruplarına göre algılanan hizmetin kalitesinde anlamlı bir farklılık tespit edilmezken, eğitim düzeyleri farklı olan hastaların algıladıkları hizmet kalitesinde istatistiki olarak anlamlı farklılıklar bulunduğu tespit edilmiştir.

Biçer ve Yurtsal (2021) çalışmalarında kamu hastanelerinde sağlık hizmeti alan hastalar için, hastanelerde sunulan hizmet kalitesi boyutlarının hasta memnuniyetine olan etkisini ölçümlemeyi amaçlamışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre; kamusal hastanelerde, devlet yatırımlarının artmasının etkisi ile hastaların olumlu düşüncelere sahip oldukları, yeni yapılmış hastanelerde hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Özden (2021) çalışmasının amacını, Covid-19 pandemisi döneminde tüketicilerin hastane hizmet kalitesi faktörlerine ilişkin memnuniyet düzeylerini belirlemek olarak belirlemiştir. Çalışmanın sonucunda hastaların Covid-19 pandemisi döneminde hizmet kalitesi faktörlerinden beklenti düzeylerinin algı düzeylerinden daha çok olduğu saptanmıştır. Ulaşılan bu sonuç, hastaların içinde buldukları

olağanüstü dönemde hizmet aldıkları hastanelerden memnuniyetlerine ilişkin beklenti ve algılarını değiştirebildiklerini göstermektedir.

3.2. Başakşehir Çam Sakura Hastanesinin Tanıtılması

Sağlık Bakanlığı tarafından Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modeliyle finanse edilerek "İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü Yapım İşleri İle Ürün ve Hizmetlerinin Temin Edilmesi İş'i" projesi olarak ihale edilerek yapımı gerçekleştirilmiştir.

Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi Şehir Hastanesi, 789.031 m² alan üzerine kurulmuştur. 1.021.265 m² kapalı alana sahiptir, 145.000 m² oturma alanı, 159.741 m²'si yeşil alan, 12.101 m²'si çakıllı alan olmak üzere; toplamda 171.842 m² peyzajı alana sahip olup, 2 bin 68 sismik izolatörü ile dünyanın en büyük yapısı, olup teraslarındaki 3 heliport alanına sahip on bloktan müteşekkildir. (<https://camsakurasehir.saglik.gov.tr/TR-449990/hastanemiz-hakkinda.html>).



Resim 1.1. Hastanenin Genel Görünümü



Resim 1.2. Hastanenin üç Heliport'undan

Bir Tanesi

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) modeliyle inşa edilen 203,75 Milyar JPY tutarında ihale bedeli olan Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi'ni, aralarında Japon Devlet Bankası JBIC ve kreditorlere sigorta sağlayan Japon kamu kuruluşu NEXI'nin de bulunduğu 9 farklı dünya çapındaki finans kuruluşu finansal açıdan desteklemiştir. Dünyadaki sayılı projeler arasında yer alan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, iş dünyasının en prestijli yayın organlarından Thomson Reuters'in Project Finance International Awards (PFI- Uluslararası Finans Proje Ödülleri) çerçevesinde Avrupa'da 2020 "Yılın PPP Anlaşması" ödülünü kazanmıştır (<https://ronesans.com/>)

Daha önce RFID Journal tarafından "Sağlıkta En İyi RFID/IOT Uygulaması" ödülünü alan Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi, uluslararası müteahhitlik sektörü dergisi ENR'ın 8. kez düzenlediği ve toplamda 6 kıtadan 21 farklı ülkeden gerçekleştirilen projelerin değerlendirildiği "Küresel En İyi Projeler" yarışmasının

“Sağlık Hizmetleri” kategorisinde Merit Ödülünü kazanmıştı. Dünyanın En Büyük Sismik İzolatörlü Binası” unvanına sahip olan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Uluslararası Gayrimenkul Fuarı (MIPIM) 2022’de “Dünyanın En İyi Sağlık Kompleksi” ödülüne layık görülmüş ve Türkiye'nin bu sınıfta ödül alan ilk projesi olmuştur (<https://www.aa.com.tr/>).

Hastanenin ilk etabı yalnızca Covid-19 hastalarının tedavisini yapabilmek üzere 20 Nisan 2020 tarihinde hizmete girmiştir. İlk etabı 20 Nisan’da açılan ve bu tarihten itibaren sadece Covid-19 hastalarının tedavilerinin yapıldığı hastane, 21 Mayıs 2020 günü tüm etapları ile Devlet Töreni ile hizmete açılmıştır (<https://tr.wikipedia.org>)

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Sağlık Bakanlığı'nın Kamu-Özel İşbirliği modeliyle yaptığı "Hasta Merkezli Hastane Tasarımı" felsefesini yansıtan Türkiye'nin en büyük ve en gelişmiş sağlık yatırım projesidir.

KÖİ, yönetim ilişkisini kuşatan ve dönüştüren sözleşme temelinde bir örgütlenme modelidir. Sağlık alanında hızla yaygınlaşan bu model, hizmetlerin işletmecilik esasları temelinde örgütlenmesine dayanmakta olup, hizmetlerin finansmanı ve örgütlenme ilke ve değerleri açısından piyasa dostu bir modeldir.

Devletin sadece tıbbi hizmet (çekirdek hizmet) üretiminde yer aldığı bu modelde; sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre (tek bir ortak girişime) blok halinde devredilmektedir.

Bu şekilde ölçeğin de büyüldüğü modelin temel özelliği, finansman biçimidir. Devlet, uzun süreli sözleşmelerle ortak girişimden temin ettiği mal, hizmet ve yapım işinin karşılığını bütçe dışı yollarla yıllık kira şeklinde ödemektedir

KÖİ modelindeki hizmetler aşağıda belirtilmiştir.

P1 HİZMETLER:

- Bina ve Arazi Hizmetleri
- Olağanüstü Bakım ve Onarım Hizmeti
- Ortak Hizmetler Yönetimi Hizmeti
- Mefruşat Hizmetleri
- Yer ve Bahçe Bakım Hizmetleri
- Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmetleri

P2 TIBBİ DESTEK HİZMETLER

- Laboratuvar Hizmetleri
- Görüntüleme Hizmetleri
- Radyoloji
- Radyasyon Onkolojisi
- Nükleer Tıp
- TPN İlaç Hazırlama
- Kemoterapi
- Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
- Rehabilitasyon Hizmetleri

P2 DESTEK HİZMETLER

- Yemek Hizmetleri
- Atık Yönetimi Hizmetleri
- Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri
- Temizlik Hizmetleri
- Hasta Yönlendirme, Refakat, Resepsiyon ve Taşıma Hizmetleri
- Güvenlik Hizmetleri
- Otopark Hizmetleri
- İlaçlama Hizmetleri
- HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) Hizmeti
- Yardım Masası Hizmeti

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul'un Başakşehir ilçesinde Olimpiyat Bulvarı Caddesinde yer almaktadır. Hastaneye özel araç, İETT otobüsleri ve minibüsler ulaşım sağlanabilir. Ayrıca M3 Metro Hattı'nın MetroKent/Başakşehir - Kayaşehir uzatma inşaatında, hastanenin içinde Şehir Hastanesi istasyonu bulunmaktadır.

3.2.1. Hastanenin Fiziksel İmkânlarının Tanıtılması

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi 2.721 yataklı olup, İstanbul'a ve çevre illerine dünya standartlarında sağlık hizmeti sunmaktadır. Ortak bir merkez yapı etrafında konuşlandırılan altı adet kule ve ek bina yapılarından oluşan kampüsünde aşağıdaki hastaneler mevcuttur:

- Çocuk Hastanesi,
- Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi,
- Genel Hastane,
- Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi,
- Nöroloji ve Ortopedi Hastanesi,
- Onkoloji Hastanesi.

- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi,
- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri) Hastanesi,



Resim 1.3. Hastanenin Genel Görünümü

Asya ile Avrupa'nın kavşak noktasındaki stratejik konumu ile dünyanın sayılı büyükşehirlerinden olan İstanbul'da kurulan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, dünyadaki en modern teknik donanımına sahip sağlık kuruluşundan biridir. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinin, İstanbul Havalimanına otoyol bağlantıları ile uzaklığı 30 km, Avrupa Otoyolu'na 4 km, Anadolu Yakası'na 25 km uzaklıkta bulunmaktadır. Hastane konum olarak Başakşehir İlçesi, Toplu Konut Alanı, Atatürk Olimpiyat Stadı ve Kuzey Marmara Otoyolu'nun arasında kalmaktadır. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nden hizmet alacak olan hastalar ve hasta yakınlarıyla hastanede çalışan personelin Yavuz Sultan Selim Köprüsü ve TEM bağlantı yollarına ek olarak metro ile kolay ulaşmaları amaçlanmaktadır. Şehir Hastanesi, İstanbul nüfusunun ve şehrin büyüme aksı olan "Başakşehir–Arnavutköy–Küçükçekmece" bölgelerinin merkezinde yer almakta olup; ilerleyen yıllarda yaklaşık 4 metro hattının kesişme noktası ve aktarma merkezi olacaktır. Hâlihazırda ihale ve proje aşamasında olan Kanal İstanbul'da, Şehir Hastanesine çok yakın bir mesafededir.

Hastanedeki yatak sayısının dağılımı aşağıda Tablo 3.1'de olduğu gibidir:

Tablo 3.1. Başakşehir Çam Sakura Hastanesi Yatak Sayısı Dağılımı

Birim	Sayı
Yoğun bakım (10 adet 1. Düzey, 144 adet 2. Düzey ve 302 adet 3. Düzey)	495
Tek kişilik oda	1.174
24 adet VIP, 18 adet Sultan Suit, 80 adet Suit, 27 LDRP(Kişiyeye Özel Doğum Salonu) ve 1 adet Suda Doğum Odası)	150
Çift Kişilik Odada	464
Toplam	2.721
Çocuk Hastanesi	560
Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi	359
Genel Hastane	469
Kalp Ve Damar Hastalıkları Hastanesi	327
Onkoloji Hastanesi	379
Ortopedi Ve Nöroloji Hastanesi	299
Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hastanesi	200
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri) Hastanesi	128
Toplam	2.721

Kaynak: <https://camsakurasehir.saglik.gov.tr/TR-449990/hastanemiz-hakkinda.html>

Hastanenin diğer fiziki koşullarına ilişkin bilgiler ise Tablo 3.2.'de yer almaktadır.

Hastanede, 725 adet poliklinik odası ve 92 adet ameliyathanesi mevcuttur, hastanenin kapasitesi günlük 35.000 ayaktan tedavi hastasına hizmet vermesi ve 500 adet nitelikli ameliyat gerçekleştirilebilmektedir.

Hastanede toplamda 30.000 m² kapalı alanın içerisinde Çocuk, Kadın Doğum, Erişkin, Travma ve KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer) acil

servisleri vardır. Acil servis, günde minimum 7.000 kişilik hastaya hizmet sunabilecek seviyede çağdaş tanı ve tedavi üniteleri mevcuttur. Acil servisler toplamda 226 adet, içinde negatif basınç odalarının da yer aldığı ve gerektiği zaman acil yoğun bakım koşullarının sağlanabileceği gözlem sahaları bulunmaktadır.



Resim 1.4. Hastanedeki Acil Servislerden Bir Kesit

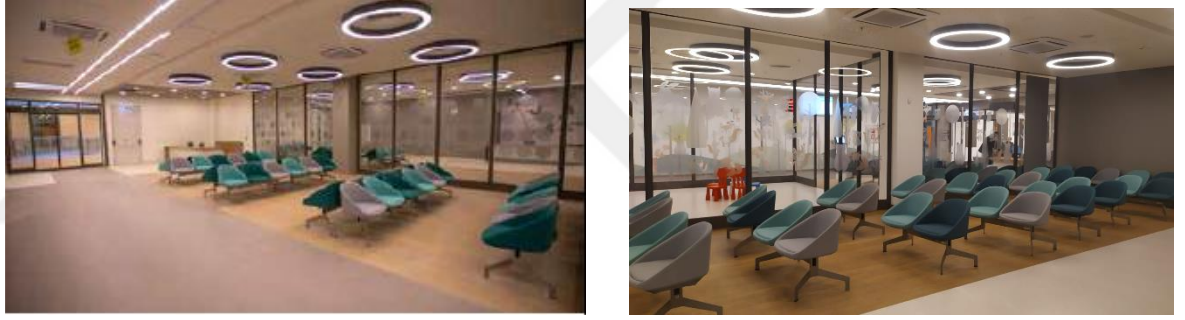
Kaynak: Birleşim Dergi, 2020, s. 11

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde bulunan tanı ve tedavi amaçlı birimler aşağıdaki gibidir:

- Yara Yanık Tedavi Ünitesi,
- Hibrit Ameliyathaneler,
- Robotik Cerrahi Birimi,
- Robotik Yürüme Ünitesi,
- Gama Kamera Ünitesi,
- Linac Cihazı,
- Tomoterapi Cihazı,
- Cyberknife Radyoterapi Ünitesi,
- Brakiterapi,
- Pet-Ct, Spect-Ct Gibi Nükleer Tıp Merkezi,
- Kalp, Akciğer, Karaciğer, Böbrek, Çocuk Ve Yetişkin Kemik İliği Nakil Merkezi,
- ROP Tanısı Ve Tedavisi Merkezi,

- Genetik Hastalıklar Tanı Ve Tedavi Merkezi,
- Hiperbarik Tedavi Birimi,
- Organ Nakli Birimi,
- Onkoloji Tanısı Ve Tedavisi Merkezi,
- Çim Ünitesi,
- Uyku Merkezi,
- EKT Birimi,
- Palyatif Bakım Ünitesi,
- Girişimsel Pulmonoloji Ünitesi,

Hastanede hastaların beklemesi için tasarlanmış bekleme salonları aşağıda Şekil 'de gösterilmiştir:



Resim 1.5. Hastanedeki Hasta Bekleme Salonlarından Bir Tanesi

Kaynak: Birleşim Dergi, 2020, s. 10



Resim 1.6. Hastanedeki Personel Yemekhanelerinden Bir Tanesi

Kaynak: Birleşim Dergi, 2020, s. 10

Genel Hastane (A, B, C, D, E, F Blokları), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları(Psikiyatri) Hastanesi ve Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesi için fiziksel koşulların detayları ise aşağıdaki Tablo 3.2.' deki gibidir.

Tablo 3.2. Ana Hastane, Psikiyatri Hastanesi ve Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesi Fiziksel Koşulları

Ana Kütle Hastane (Çocuk (A Blok), Genel Hastane (B Blok), Ortopedi Ve Nöroloji(C Blok), Kadın ve Doğum (D Blok), Kalp Damar (E Blok) ve Onkoloji Hastanesi (F Blok)	Sayı
• Yatak Sayıları	2.354
• Poliklinik Oda Sayıları	882
• Hasta Oda Sayıları	1.863
• Ameliyathane Sayıları	92
• Yoğun Bakım Yatak Sayıları	495
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri) (G Blok)	
• Yatak Sayıları	128
• Poliklinik Oda Sayıları	68
• Hasta Oda Sayıları	128
Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon (H Blok)	
• Yatak Sayıları	200
• Poliklinik Oda Sayıları	40
• Hasta Oda Sayıları	316



Resim 1.7. Hastanenin Genel Görünümü

Aşağıda hastanedeki tek kişilik hasta odalarından biri gösterilmiştir:



Resim 1.8. Hastanedeki, 1,324 adet Tek Kişilik Hasta Odalarından Bir Tanesi

Kaynak: Birleşim Dergi, 2020, s. 11

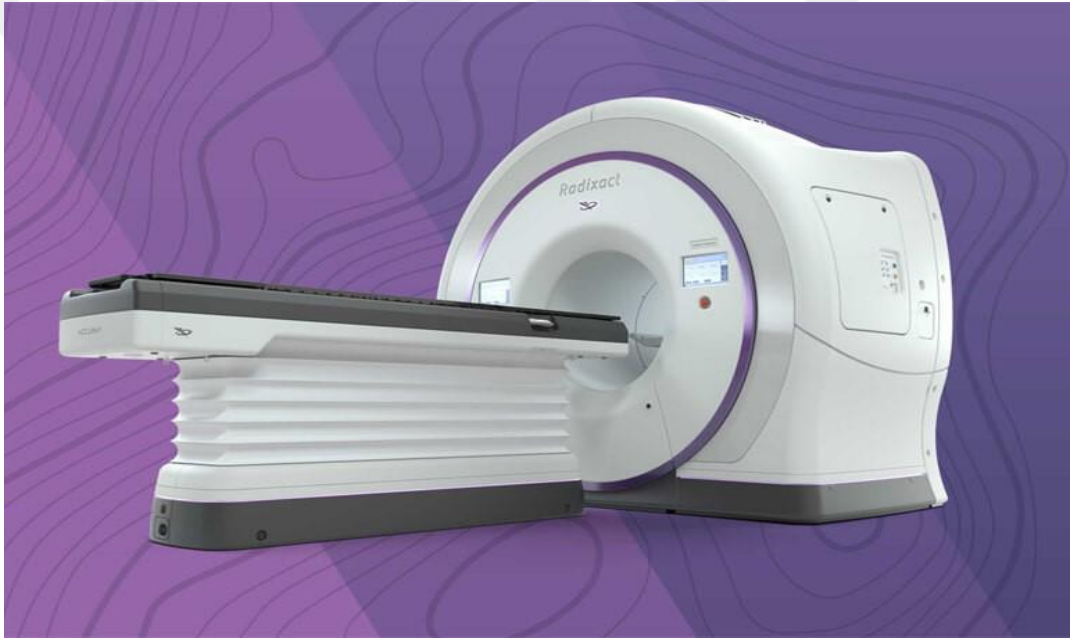
Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi bünyesinde bulunan son teknoloji görüntüleme cihazlarının detayları aşağıda Tablo 3.3.'de gösterilmiştir:

Tablo 3.3. Hastanedeki Görüntüleme Cihazları

Cihaz	Adet
Tomografi Cihazı	7
Açık MR	1
Spect/Ct	4
Röntgen Cihazları	16
Linac Cihazı	2
Seyyar Röntgen Cihazı	10
Tomoterapi Cihazı	1
MR Cihazları	7
Kemik Dansitometre Cihazı	2
USG – EKO Kardiyografi (Ultrasonografi ve Doppler)	24
PET/CT Cihazları	2
Mamografi Cihazları	3
Floroskopi Cihazı	1
Brakiterapi Cihazı	1

Kaynak: <https://camsakurasehir.saglik.gov.tr/TR-449990/hastanemiz-hakkinda.html>

Hastanede mevcut olan “TomoTherapy Radixact”, kanserle mücadelede en ileri teknoloji ürünü olup, “nokta atış” ve "kesitsel ışınlama" yöntemlerinin harmanlanarak aynı sistem içinde ışın tedavisiyle 3 Boyutlu Bilgisayarlı Tomografi sistemini birleştiren tek tıbbi cihazdır. Tomoterapi Radixact sistemi radyoterapi alanında ve Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde bulunan en ileri teknolojiye sahip ve en teknolojik sistemdir. Bu cihazdaki işletim sistemi, en gelişmiş teknolojiyi ve yapay zekâyı içerisinde bulundurarak cihaza adını veren “Helikal Tomoterapi Tedavi” tekniği aracılığıyla kanserli hücreleri yok etmektedir. Cihaz her hasta için özel “kişiselleştirilmiş” ışın tedavidi uygulayabilme özelliğine sahiptir. Bu özellikleriyle cihaz hastaların sağ kalma yüzdelerinde iyileşmeye, hayat standartlarının kalitesini artırmaya ve yaşama sürelerinin uzamasına olumlu çıktılar sunmaktadır.



Resim 1.9. Hastanede Son Teknoloji Tomoterapi Radixact Cihazı

Xoft Intraoperatif Radyoterapi (IORT) sistemi teknolojisi ilk kez bir şehir hastanesinde bulunmaktadır. IORT sistemiyle ameliyat sırasında hastaya girişimsel anestezi halindeyken ışın tedavisi uygulanabilmektedir. Bilhassa genç ve erken aşama hastaların kanser tedavilerinde çok etkili ve kozmetik bakımdan tercih edilen bir tedavi yöntemi olarak hastanede hizmet vermektedir.

Hastanede Laboratuvar hizmetleri üç birimde yürütülmektedir:

- Merkez Laboratuvarı,
- Acil Laboratuvar,
- Genetik Laboratuvar.

Hastanenin merkez laboratuvarı tam otomasyonlu sistemlerle çalışabilen bir konfigürasyondadır. Günlük olarak hastanenin tam kapasitesinde laboratuvara geleceği tahmin edilen 22.000 tüp için numune santrifüjü ve gruplama şeklindeki ön hazırlıklar tam otomatik şekilde yapılmaktadır. Test tüpleri birbirine bağlı dört farklı yol sistemiyle cihazlara otomatik şekilde hızlıca taşınmaktadır. Biyokimya, hormon, kan sayım ve koagülasyon cihazları birbirlerine entegre olarak çalışmakta ve test tüpleri otomasyonlu şekilde dağıtıldıktan sonra testler çalışmakta ve en fazla beş saat içerisinde sonuçlandırılmaktadır. Üzerinde çalışılan test tüpleri yine otomasyonlar üç gün, 27 bin tüp kapasiteli post analitik cihazda gereken durumlarda yeniden üzerinde çalışılmak için saklanmaktadır.



Resim 1.10. Hastanenin Laboratuvarlarından Bir Kesit

Kaynak: <https://camsakurasehir.saglik.gov.tr/TR-449990/hastanemiz-hakkinda.html>

Moleküler Mikrobiyoloji grubuna ait testleri çalışan RT-PCR cihazı da tam otomatik olarak çalışmaktadır, hem tüm merkez laboratuvar hem mikrobiyoloji Türkiye'de ilk kez aynı merkez içinde, tam entegrasyonla çalışarak testlerin sonuçlarını üretmektedir.

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin diğer fiziki koşulları aşağıda Tablo 3.4.'de gösterilmiştir:

Tablo 3.4. Başakşehir Çam Sakura Hastanesi Diğer Fiziki Koşulları

Birim	Sayı
Poliklinik	725
Destek Odası	257
Ameliyathane (3 adet Hibrit, 22 adet gün ameliyathanesi, 1 adet acil ameliyathanesi vd.)	92
Otopark araç kapasitesi (açık ve kapalı)	10.000

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde, 4.600 adet elektronik kontrol edilebilen kapı, 82 yürüyen merdiven, 50.000 adet yangın kontrol noktası, 4.500 adet hemşire çağrı noktası bulunmaktadır. Hastanenin elektrik ihtiyacının %50'ye yakını trijenerasyon sistemi ile üretilmektedir. Hastane kampüsünün tamamı 3.466 full HD ve gece görüşlü nitelikte kameralarla takip edilmekte (Şekil 3.7.), CCTV ünitesinde 72 tane ekran bulunmakta ve bu sayede kampüs 7/24 izlenmektedir.



Resim 1.11. Hastanedeki CCTV Olarak Adlandırılan Kamera İzleme Odası

Kaynak: Birleşim Dergi, 2020, s. 13.

Hastane'de yağmur suları 3.600 m²'lik bir su deposunda toplanmakta, bu sular peyzaj sulamalarında kullanılmaktadır. Hastane su tüketimini minimum seviyeye düşüren vitriyelerle donatılmıştır. Hastanenin peyzaj düzenlemesi az su ihtiyacı olan bitkilerin seçilmesiyle gerçekleştirilmiştir. Binalar üzerinde konuşlandırılan güneş panelleri ile toplanan enerji ile katların sıcak suları ve peyzaj aydınlatmalarının elektrik gereksinimini karşılanmaktadır. Kampüsün içinde bisiklet yolları, park sahaları ile hibrit araçlar için şarj birimleri bulunmaktadır. Ayrıca yeşil bina **GOLD LEED Sertifikası** almış düzeyde "**Enerji ve Çevre Dostu**" teknolojiyle yapılmıştır.

Trijen sistemi ile doğal gazdan kendi elektriğini üretmektedir. Hastanede 308 kişilik ve 346 kişilik olarak toplamda 654 kişilik iki tane konferans salonu mevcuttur.

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, 2 bin 68 sismik izolatörleriyle, “Dünyanın En Büyük Sismik İzolatörlü Binası” olmuştur. Dünyadaki en gelişmiş teknolojisiyle sahip deprem izolatörleriyle, muhtemel bir deprem esnasında ve akabinde tüm faaliyetlerini, hiçbir aksamaya uğramadan yürütebilecek şekilde tasarlanmıştır. Yüksek şiddetli muhtemel bir depremde bile ameliyatlara kesintisiz devam edebilecektir. Belirtilen bu fiziksel özellikler sayesinde Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi tam otomasyonlu akıllı bina özelliği taşımaktadır.

3.2.3. Organizasyon Yapısının Tanıtılması

Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi, Koordinatör Başhekimlik tarafından yönetilmektedir. Koordinatör başhekime bağlı teknik birimler örgüt şemasında yatay düzlemde aşağıdaki gibidir (Bkz. Ek 1):

- a) Kalite ve Verimlilik Birimi,
- b) Planlama ve Strateji Birimi,
- c) Hukuk ve Mevzuat Birimi,
- d) Tıpta Uzmanlık Kurulu,
- e) Basın ve İletişim Birimi,
- f) Etik Kurul.

Koordinatör Başhekime bağlı hastane yönetimi birimleri ise aşağıdaki gibidir (Bkz Ek: 1):

- a) Çocuk Hastanesi Başhekimliği,
- b) Kadın Doğum Hastanesi Başhekimliği,
- c) Genel Hastane Başhekimliği,
- d) Kalp Damar Hastanesi Başhekimliği,
- e) Nöroloji Ortopedi Hastanesi Başhekimliği,
- f) Onkoloji Hastanesi Başhekimliği,
- g) Fizik Tedavi-Rehabilitasyon Hastanesi Başhekimliği,

h) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği.

Koordinatör Başhekime bağlı idari birimler ise aşağıdaki gibidir (Bkz. Ek: 1):

a) Koordinatörlük Birimi,

b) İdari Ve Mali İşler Müdürlüğü,

C) Koordinatör Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü,

D) Koordinatör Destek Hizmetleri Müdürlüğü,

E) Koordinatör Teknik Hizmetler Müdürlüğü,

3.3. Araştırmanın Modelinin (Yönteminin) Tasarımı

Aşağıda araştırmanın amacı, önemi, hipotezleri ve kurulan model üzerinde durulmuştur:

3.3.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetlerinin çıktısı doğrudan insan ve insan sağlığıdır. Pandemi döneminde yeryüzünde uzun bir aradan sonra tekrar toplumsal sağlık kavramı güçlü bir şekilde gündeme getirmiştir. Dünya sağlık örgütü ağır bir sınav vermiş, maalesef başarısız olmakla eleştirilmiştir. Tüm dünyada ABD dâhil birçok ölkelerin sağlık örgütleri pandemi sürecinde hastalara yetişememiş ve yetersiz kalmıştır. Sağlık hizmetlerinin alt yapısı, organizasyonu ve finansmanı yeniden tartışmaya açılmıştır. Doğal olarak Covid-19 pandemisi sonrası ölkelerin sağlık sistemleri de eskisi gibi olmayacaktır.

Doğal olarak Covid-19 Pandemi süreci sağlık sektörü tüm sektörlerin merkezinde yer almaktadır. Hemen hemen her sektörün karşılaştığı çalışanlarının sağlığının ve güvenliğinin bozulması gibi risklere ilave olarak sağlık sektörü, koronavirüsün yayılmasını önlemeye ve salgından etkilenen kişilere sağlık hizmeti sunmaya çalışırken tarifi mümkün olmayan güçlüklerle karşılaşmaktadır.

Bu çerçevede sağlık hizmetleri arzı, insanoğlunun hayatının kaliteli bir biçimde sürdürülmesinde ve sürekliliğinin sağlanması her zaman temel öneme sahip bir konu olagelmiştir. Bu kapsamda sağlık işletmelerinin, müşterilerinin beklentilerini dikkate alarak hizmet sunumu kalitelerini yükseltmeye yönelik hedefler koymaları gerekliliği her gün artmaktadır.

Sağlık kuruluşları virüslerden etkilenen veya potansiyel olarak kişilere bakmaya hazır bulunmak zorundadır. Bu vaka sayısının artması ve virüs bulaşmış hastalar için potansiyel olarak artan yatak talebi anlamına gelmektedir. Buna ilave olarak, enfekte olma gibi sebeplerden ya da pandemi sürecindeki yeni vardiya sisteminden ötürü sağlık işgücü üzerinde ciddi kısıtlamalar gerçekleşebilir.

Pandemi sürecinde test kitleri, maskeler, solunum ekipmanları ve bazı ilaçlara ilişkin tedarik zincirinin bozulması sonucunda genel olarak bir kıtlık ve tedarik problemi yaşanmıştır. Pandemi sürecinde yaşanan kıtlık Devletin merkezi olarak düzenleme yapmasını gerektirmiştir. Örneğin maske tedarikinde belli bir süre serbest piyasa mantığından ayrılınması ve Sağlık Bakanlığı tarafından dağıtım yapılması gerekmiştir. Bu uygulama çok ciddi eleştirilere de muhatap olmuştur.

Bu süreçte ülkeler sağlık sistemleri ve ekonomileri çökmesin diye uğraşırken kişiler ise evlerinde odalara sıkışıp kalmışlardır. Covid-19 pandemisi ülkelerin ve hastanelerin acil durum kapasitelerini, yoğun bakım yatak sayısını ve solunum cihazı sayını gündeme getirmiştir.

Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Kamu Özel İşbirliği modeli ile yapılan Türkiye'nin en büyük 3. sağlık yatırım projesi olup, İstanbul ve çevre illere hizmet vermektedir. Hastane aslında bir sağlık kompleksi özelliği taşımaktadır. "Her biri alanında özelleşmiş 8 hastaneden oluşan bir hastaneler bütünüdür. Hastane bir günde 35 bin hastaya hizmet verebilecek kapasitede inşa edilmiş olup, 2020 yılında tamamlanmıştır. Hastane 495'si yoğun bakım olmak üzere 2 bin 721 yatağa, 725 poliklinik (hasta muayene) odasına ve tam donanımlı 3'ü hibrit olmak üzere 92 ameliyathaneye, 28 doğum salonuna, 16 yanık ünitesine sahip olup; bu özellikle Covid-19 salgınıyla mücadelede kritik bir rol oynamaktadır.

Hastane, 2 bin 68 sismik izolatörüyle dünyanın en büyük sismik izolatörlü binası olmakla birlikte çevre dostu ve enerji dostu bir hastane olma özelliği de taşımaktadır. Hastanede ayrıca 10 bin araçlık otopark ve teraslarında 3 heliport pisti bulunmaktadır.

Sonuç olarak, pandemi dönemleri olağanüstü koşullar olması sebebiyle sağlık sisteminin yeniden organize edilmesi gerekmiş doğal olarak bundan hastaneler etkilenmiştir. Bu tür bir olağanüstü durumlarda doğal olarak sağlık sektörünün en temel birimi olan hastanelerde hizmet kalitesi ve hastalar tarafından hizmet kalitesinin değişmesi beklenmektedir.

Bu araştırma ile olağanüstü bir durum Covid-19 Pandemi sürecinde özel bir statüsü olan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesine ilişkin hastaneden hizmet alan hastaların hizmet kalitesi algılarının hasta memnuniyetine etkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Araştırma, İstanbul ilinde bir kamu-özel işbirliği niteliği taşıyan hastanesi; “Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi”nden hizmet alan hastalara uygulanmış ve hizmet kalitesi ölçeği olarak SERVQUAL ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışma ile olağanüstü bir dönem olan Covid-19 Pandemi sürecinde Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi’nin hizmet kalitesinin, hastaneden hizmet alan hastaların tecrübeleri ve beklentileri üzerinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Örneklem olarak hastaneden hizmet almış 600-650 kadar hastaya ölçek uygulanmış, uygulama sonucunda 641 anket değerlendirmeye alınmıştır. Anket uygulamasından sonra elde edilen veriler t testi, Anova testi, korelasyon ve regresyon analizleri ile değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Önemi

Algılanan hizmet kalitesi kavramı, müşterilerin verilen hizmetin mükemmelliği hakkında ulaştıkları kanaattir. Hizmeti alanlar bu kanaate satın aldığı/almayı düşündüğü hizmetlerle ilgili beklentileri ve hizmet sunumunun performansı arasında mukayese yaparak ulaşmaktadır. Başka bir deyişle, algılanan hizmet kalitesi müşteri tatmini ile ilgili olmakla birlikte tamamen müşteri tatmini ile ilişkilendirilemez ve algılanan performansla beklentilerin karşılaştırılması olarak nitelendirilir. Müşteri tatmini kısa vadeli ve anlık bir tutum iken, hizmet kalitesi uzun vadeli bir tutum olarak değerlendirilir. Müşteri tatmin düzeyinin tespit edilmesi için müşterinin aldığı hizmet hakkında deneyimleme yapması gerekir oysa hizmet kalitesinin düzeyini saptamak için böyle bir deneyime gereklilik yoktur. Hizmet kalitesini hasta dışında profesyonel bir kuruluştaki değerlendirilebilir, ancak müşteri tatmin düzeyini müşteriden başkası ifade edemez ve o ifade etmeden de kimse yorumlayamaz.

Bu sebeple geliştirilecek anket formunda iki tane ölçek uygulanacaktır. Bu ölçeklerden biri algılanan hizmet kalitesini ölçmek üzere SERVQUAL ölçeği, diğeri ise ölçek geliştirme çalışması kapsamında daha önce (2018 yılında) yapılmış iki çalışmadan faktör değeri yüksek soruların seçilmesi ile oluşturulan yeni ölçek hasta memnuniyet ölçeği olarak kullanılmıştır.

3.3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

1. Hipotez:

H1: Hizmet kalitesi boyutlarıyla algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H0: Hizmet kalitesi boyutlarıyla algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

2. Hipotez:

H1: Hastaların demografik özellikleriyle algılanan hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi boyutları arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H0: Hastaların demografik özellikleriyle algılanan hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi boyutları arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

3. Hipotez:

H1: Memnuniyet boyutları ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H0: Memnuniyet boyutları ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

4. Hipotez:

H1: Hastaların demografik özellikleriyle memnuniyetleri ve memnuniyet boyutları arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H0: Hastaların demografik özellikleriyle memnuniyetleri ve memnuniyet boyutları arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

5. Hipotez:

H1: Hastaların hizmet kalitesi algıları ve boyutları ile “memnuniyetleri ve boyutları” arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H0: Hastaların hizmet kalitesi algıları ve boyutları ile “memnuniyetleri ve boyutları” arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

3.3.4. Araştırmanın Modeli

Araştırma kapsamında, İstanbul ilinde bir Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) niteliği taşıyan hastanesi; “Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi’nden hizmet almış

hastaların hizmet kalitesi algıları ve memnuniyetlerinin belirlenmesi amacıyla hastaneden hizmet almış evreni temsil edecek sayıda yaklaşık 600-650 aralığında kişi içeren büyüklükte bir örneklem üzerinde uygulanacaktır. Verilerin toplanması, internetten yüz yüze anket uygulaması yöntemiyle yapılmıştır. Söz konusu anket, Google Drive üzerinde form oluşturularak elektronik anket biçiminde hazırlanmıştır. Hazırlanan anket hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşabilmek amacıyla internet ortamında, Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn vb. sosyal iletişim ağlarında ve iletişim platformlarında paylaşılmıştır. Anket ölçeği, web yöntemi ile uygulanması ve anket sonuçlarının analiz edilerek yorumlanması yöntem olarak belirlenmiştir. Bu yöntemin aşamaları ise aşağıdaki şekilde gerçekleştirilmiştir:

- 1- Çalışmanın konusunun, amacının ve kapsamının belirlenmesi,
- 2- Literatür taramasını yapılması, verilerin toplanması,
- 3- Mevcut durumun analiz edilmesi,
- 4- Anket formunun hazırlanması ve anketlerin uygulanması
- 5- Anketlerde veri tabanının hazırlanması ve verilerin IBM SPSS'te analizlerinin yapılması,
- 6- Yorumların ve değerlendirilmenin yapılması, sonuç ve önerilerin sunulması.

Araştırma kapsamında konuya özgü genel bilgilerin elde edilmesi amacıyla literatür taraması yapılmış, hastanelerde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılan ölçekler ve hizmet alan memnuniyetini ölçmede kullanılan, ayakta ve yatan hasta memnuniyet ölçekleri araştırılmıştır. Yapılan bu çalışmalar sırasında çalışmanın teorik altyapısı oluşturulmuştur.

3.3.5. Veri Toplama ve Değerlendirme Araçları

Araştırmada betimsel araştırma modeli kullanılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ile Babakus ve Mangold (1992) tarafından geliştirilen ve Sevimli (2006) tarafından dilimize uyarlan "hizmet kalitesi ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmada hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu ve gelir durumunu tespit etmek için kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Hizmet kalitesi ölçeği 5 boyutu temsil eden ve hastaların hastane kalitesine yönelik beklentileriyle ilgili 15 madde içermektedir.

Hizmet alan (hasta) memnuniyetini ölçmek üzere literatürde daha önce ölçek geliştirme çalışması olarak gerçekleştirilen iki ayrı çalışmadan yararlanılmıştır. Çalışmalardan bir tanesi Kaya ve Maimaiti (2018) ayaktan hasta memnuniyetini ölçmek üzere bir ölçek geliştirmek üzere bir çalışma yapmışlardır. Aday ölçekte uygulama yaptıktan sonra uygulanabilir ölçeği geliştirmişlerdir. Anketin üçüncü bölümüne bu uygulanabilir ölçekten faktör değerleri yüksek olan sorular alınmıştır. Aynı şekilde Polat vd. (2018 tarafından yatan hastaların memnuniyetini ölçmek için ölçek geliştirme kapsamında sonuç olarak uygulanabilir ölçekten sorular alınmıştır. Anketteki hizmet alan memnuniyeti ölçmek üzere seçilen sorular yatan hasta ile ayaktan hastanın farklı cevap verme ihtimali olmayan sorulardır.

Tablo 3.5. Anket Ölçeklerindeki Soruların Tahmini Faktör Temsil Bilgileri

Faktör	Madde Numaraları
İKİNCİ BÖLÜM: ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ÖLÇEĞİ	
Somut Özellikler	1-3. sorular
Güvenirlilik	4-6. sorular
Heveslilik	7-9. sorular
Güven	10-13. sorular
Empati	14-15. sorular
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: HİZMET ALAN MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİ	
Doktordan memnuniyet	1-3. sorular
Hemşireden memnuniyet	4-6. sorular
Temizlikten memnuniyet	7-9. sorular
Ön bürodan memnuniyet	10-12. sorular

Anket formunun birinci bölümü (EK 2) katılımcıların yaş grubu, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi bilgilerini içermektedir. Anket formunun ikinci bölümü (EK 3) katılımcıların Hastanedeki algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine ilişkin 5 faktör bölümünde oluşan toplam 15 sorudan oluşmaktadır. 5’li likert ölçeği ile hazırlanmıştır.

Anket formunun üçüncü bölümü (EK 4) hastaneden hizmet alanların memnuniyetini ölçmek için kullanılan, dört faktör bölümü ve toplam 12 sorudan oluşan bölümdür. Sorular 5’li likert ölçeği ile ölçeklendirilmiştir.

Anket örneklem alanı ve tamamız sınırı ile 18 yaş ve üstü kişilere uygulanmıştır. Anket uygulaması, hastanede yapılır. Verilerin analizi IBM SPSS 23 programı ile gerçekleştirilecektir. Frekans analizleri ve değişkenler arasındaki ilişkilerin saptanması için çapraz tablolar kullanılarak gerçekleştirilecektir. Bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin saptanması için faktör analizleri yapılacaktır. Araştırmanın son aşamasında verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilecek, hastaneden pandemi döneminde hizmet alan hastaların hastanenin hizmeti hakkındaki hizmet kalitesi algıları ve memnuniyetleri ölçülecek her iki unsuru etkileyen faktörler ortaya konmuş olacaktır. Hastanenin hizmet kalitesi ve sağlık hizmeti alan memnuniyeti açısından aksayan yönleri varsa bunlar ortaya çıkarılmış ve karar vericilere bu yönüyle fayda sağlayan bir çalışma olacaktır.

3.3.6. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmaya katılarak anket ölçeğini cevaplayan kişilerin, veri toplama ölçeklerine tarafsız olarak ve dürüstçe cevap verdikleri kabul edilmiştir.

3.3.7. Araştırmanın Kısıtları (Kapsam ve Sınırlılıklar)

Bu araştırmanın sonuçları kamu-özel işbirliği ile inşa edilen ve 2020 yılında pandemi döneminde faaliyete alınan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nden bu dönemde hizmet alan hastaların algıladıkları hizmet kalitesi ve hizmet alan memnuniyeti bağlamında geçerlidir. Kamu hastanelerinde ya da özel hastanelerde aynı ölçek uygulanarak farklı sonuçlara ulaşmak olasıdır. Araştırmanın bulguları bu sınırlılıkla yorumlanmalıdır. Çalışmadaki örneklem belirlenirken “yatan hasta” ile “ayaktan hasta” (poliklinik) ayrımı yapılmamıştır. Bu ikisi yeni çalışmalarda ayrı ayrı analiz edilebilir.

3.3.8. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Anket uygulamaları hizmet kalitesi algısını ve hizmet alan memnuniyetini ölçen araştırmalarında en çok kullanılan yöntemlerden biridir. Anket yöntemi anketi uygulama, veri tabanı hazırlama, istatistik paket programlarında verilerin analiz edilmesi ile yorum ve değerlendirmeleri içeren bir çalışmadır.

Araştırmada anket yöntemi uygulama ilkeleri ve istatistiksel veri sağlama kriterleri göz önünde bulundurularak, anket sonuçlarının evreni temsil etmesini sağlamak üzere 600-650 anket tesadüfi seçimle hastanede uygulanacaktır.

3.4. Modelin Uygulanması ve Araştırma Bulguları

Modelin uygulanması sırasında öncelikle katılımcıların demografik özelliklerinin frekansları ve tanımlayıcı istatistikleri çıkarılmıştır. Daha sonra hipotez testleri uygun analiz yöntemleri seçilerek analize tabi tutulmuştur.

3.4.1. Araştırmanın Demografik Bilgileri

Tablo 3.6. Araştırmanın Demografik Bilgileri

Yaş	Frekans	Yüzde (%)	Kümülatif (%)	Cinsiyet	Frekans	Yüzde (%)	Kümülatif (%)
18-44	96	15,0	15,0	Erkek	145	22,6	145
45-64	429	66,9	81,9	Kadın	496	77,4	496
65-74	90	14,0	95,9	Toplam	641	100,0	
75 ve üstü	26	4,1	100,0				
Toplam	641	100,0					

Eğitim Düzeyi	Frekans	Yüzde (%)	Kümülatif (%)	Medeni Durum	Frekans	Yüzde (%)	Kümülatif (%)
İlkokul	85	13,3	13,3	Bekar	444	69,3	69,3
Ortaokul	292	45,6	58,8	Evli	197	30,7	100,0
Lise	135	21,1	79,9		641	100,0	
Üniversite	96	15,0	94,9				
Lisansüstü	33	5,1	100,0				
Toplam	641	100,0					

Çalışma Durumu	Frekans	Yüzde (%)	Kümülatif (%)	Gelir Durumu	Frekans	Yüzde (%)	Kümülatif (%)
İşsiz	106	16,5	16,5	Alt Düzey	202	31,5	31,5
Çalışıyor	451	70,4	86,9	Orta Düzey	403	62,9	94,4
Em-Çalışıyor	56	8,7	95,6	Yüksek Düzey	36	5,6	100,0
Em.Çalışmıyor	28	4,4	100,0	Total	641	100,0	
Total	641	100,0					

Tablo 3.6.' da araştırmanın katılımcılarının demografik bilgileri yer almaktadır. Toplam 641 katılımcının %15'ini oluşturan 96 kişi 18-44 yaş aralığında, %66,9'unu oluşturan 429 kişi 45-64 yaş aralığında, %14'ünü oluşturan 90 kişi 65-74 aralığında ve %4,1'ini oluşturan 26 kişi 75 yaş üzerindedir. Araştırmanın katılımcılarının neredeyse %70'i orta yaş olarak tabir edilebilecek 45-64 yaş aralığında yaşa sahiptir.

Katılımcıların %22,6'sını oluşturan 145 kişinin cinsiyeti erkek, %77,4'ünü oluşturan 496 kişisi ise kadındır. Araştırma katılımcılarının büyük bir çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır.

Katılımcıların %69,3'ünü oluşturan 444 kişi bekâr, % 30,7'sini oluşturan 197 kişi ise evlidir. Araştırmaya katılanların büyük bir çoğunluğu bekârdır.

Katılımcıların %13,3'ünü oluşturan 85 kişi ilköğretim mezunu, %45,6'sını oluşturan 292 kişi ortaokul mezunu, %21,1'ini oluşturan 135 kişi lise mezunu, %15'ini oluşturan 96 kişi üniversite mezunu ve %5,1'ini oluşturan 33 kişi lisansüstü eğitim düzeyindedir.

Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında, katılımcıların %16,5'ünü oluşturan 106 kişi işsiz, %70,4'ünü oluşturan 451 kişi çalışmakta, %8,7'sini oluşturan 56 kişi emekli ama çalışıyor durumda, %4,4'ünü oluşturan 28 kişi ise emekli ama çalışmıyor durumdadır.

Katılımcıların gelir durumlarına bakıldığında, katılımcıların %31,5'ünü oluşturan 202 kişi alt gelir düzeyinde, %62,9'unu oluşturan 403 kişi orta gelir düzeyinde ve %5,6'sını oluşturan 36 kişi ise üst gelir düzeyinde olduğunu beyan etmiştir.

3.4.2. Güvenilirlik ve Geçerlik Analizleri

Araştırmadaki iki ölçeğin ayrı ayrı güvenilirlik analizi yapılmış Cronbach's Alpha Katsayısı aşağıdaki gibi hesaplanmıştır.

Tablo 3.7. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği” Maddelerinin Güvenilirlik Değerleri

	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha
AHKÖ1	55,5710	117,655	,764	,964
AHKÖ2	56,0047	120,111	,798	,963
AHKÖ3	55,6225	118,020	,799	,963
AHKÖ4	55,8736	119,801	,777	,964
AHKÖ5	55,6880	118,381	,805	,963
AHKÖ6	55,8596	119,952	,763	,964
AHKÖ7	55,7988	118,080	,817	,963
AHKÖ8	55,8580	119,519	,788	,963
AHKÖ9	55,8424	118,658	,815	,963
AHKÖ10	55,9017	118,608	,805	,963

AHKÖ11	55,8300	119,066	,796	,963
AHKÖ12	55,8986	119,776	,787	,963
AHKÖ13	55,8721	118,352	,798	,963
AHKÖ14	55,9267	119,756	,781	,963
AHKÖ15	55,8315	119,334	,806	,963

“Algılanan Hizmet Kalitesi” ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,966 olarak tespit edilmiştir. Tablo 3,2 incelendiğinde 15 maddenin tümünü güvenilirliğinin ve geçerliliğinin yüksek olduğu her hangi bir maddenin çıkarılmasına gerek olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.8. Sağlık Hizmeti Alan Memnuniyeti Ölçeği” Maddelerinin Güvenilirlik Değerleri

	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha
SHAMÖ1	42,9158	71,262	,815	,952
SHAMÖ2	43,1186	74,502	,768	,954
SHAMÖ3	42,8346	72,341	,775	,954
SHAMÖ4	42,9844	74,025	,764	,954
SHAMÖ5	42,9548	72,843	,786	,953
SHAMÖ6	43,0187	72,859	,789	,953
SHAMÖ7	42,9828	72,654	,801	,953
SHAMÖ8	43,0125	73,097	,789	,953
SHAMÖ9	42,9797	71,979	,798	,953
SHAMÖ10	43,0265	72,910	,787	,953
SHAMÖ11	43,1108	72,389	,781	,953
SHAMÖ12	43,0827	72,542	,800	,953

Tablo 3.8.'de görüldüğü gibi; “Sağlık Hizmeti Alan Memnuniyeti” ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,957 olarak tespit edilmiştir. Tablo 3.8 incelendiğinde 12 maddenin tümünü güvenilirliğinin ve geçerliliğinin yüksek olduğu her hangi bir maddenin çıkarılmasına gerek olmadığı görülmektedir.

Diğer taraftan iki ölçek, 27 madde toplamında güvenilirlik analizine tabi tutulduğunda Cronbach's Alfa katsayısı 0,979 olarak bulgulanmaktadır.

3.4.3. Hipotezlerin Test Edilmesi

1. Hipotez:

H1: Hizmet kalitesi boyutlarıyla algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H0: Hizmet kalitesi boyutlarıyla algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

Yapılan korelasyon analizi sonucunda Algılanan Hizmet Kalitesiyle beş alt boyutu arasında yüksek oranda pozitif korelasyon tespit edilmiştir.

Tablo 3.9. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği ile Boyutlarının Korelasyonu

Pearson Korelasyonu	AHKÖ
AHKÖ (Sig. 0,000)	1
Somut özellik	,919**
Güvenirlilik	,936**
Heveslilik	,956**
Güven	,964**
Empati	,920**

Diğer taraftan faktör analizi sonuçları da aynı bulguyu desteklemektedir. Algılanan Hizmet Kalitesi ölçeğinin faktör analizi sonucunda Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliğinin Ölçüsü 0,965 olarak tespit edilmiş olup ölçekteki maddelerin algılanan hizmet kalitesini istatistiki olarak anlamlı bir şekilde mükemmel ölçüde yansıttığını göstermektedir (sig. 0,000 < sig 0,05). Buna göre maddelerin faktör yükleri aşağıdaki Tablo 3.10'da gösterilmiştir.

Tablo 3.10. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Maddelerinin Faktör Yükleri

Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Maddeleri	Faktör Yüğü
1. Hizmet aldığım hastane teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahiptir.	,876
2. Hizmet aldığım hastanenin fiziki koşulları iyidir.	,761
3. Hizmet aldığım hastanenin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.	,876
4. Hizmet aldığım hastane hizmetlerini vaat ettiği zamanda yerine getirir.	,822
5. Hastaların bir problemi olduğunda hastane çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakındır.	,801
6. Hizmet aldığım hastane kayıt ve faturalama işlemlerinde dürüst ve güvenilirdir.	,821
7. Hastane çalışanları hizmetin tam olarak ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar.	,799
8. Hastane çalışanları hizmeti mümkün olan en kısa sürede sunar.	,801

9. Hastane çalışanları hastalara yardım etmeye her zaman hazır, istekli ve gönüllüdür.	,822
10. Hizmet aldığım hastanede hastalar çalışanlarla etkileşimlerinde kendilerini güvende hissederler.	,863
11. Hastane çalışanları kendi alanlarında çok bilgilidirler.	,816
12. Hastane çalışanları hastalara karşı her zaman saygılı ve naziktirler.	,811
13. Hastane çalışanları işlerini iyi yapabilmek için hastane yönetiminden uygun ve yeterli desteği almaktadırlar.	,857
14. Hastane çalışanları her hastayla tek tek ve kişisel olarak ilgilenirler.	,873
15. Hastane çalışanları hastalarla en içten şekilde ilgilenirler.	,794

Algılanan hizmet kalitesi ölçeğinin maddelerine ait toplam varyansı açıklama tablosu aşağıdaki gibidir:

Tablo 3.11. Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeği Toplam Varyans Tablosu

Bileşenler (Faktörler)	İlk Özedegerler			Yük Farkları Kareleri Toplamı		
	Toplam	% Varyans	Kümülatif %	Toplam	% Varyans	Kümülatif %
1	10,147	67,646	67,646	10,147	67,646	67,646
2	,803	5,355	73,000	,803	5,355	73,000
3	,530	3,535	76,535	,530	3,535	76,535
4	,501	3,340	79,875	,501	3,340	79,875
5	,411	2,740	82,615	,411	2,740	82,615
6	,374	2,492	85,107			
7	,325	2,164	87,271			
8	,307	2,047	89,317			
9	,285	1,900	91,217			
10	,269	1,791	93,008			
11	,260	1,731	94,739			
12	,231	1,540	96,280			
13	,203	1,350	97,630			
14	,191	1,271	98,901			
15	,165	1,099	100,000			

Tablo 3.11.'de görülen sonuçlarına göre ölçekteki beş boyut algılanan hizmet kalitesinin varyansındaki değişimin %82,62'sini açıklayabilmektedir.

2. Hipotez:

H1: Hastaların demografik özellikleriyle algıladıkları hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi boyutları arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H0: Hastaların demografik özellikleriyle algıladıkları hizmet kalitesi ve hizmet kalitesi boyutları arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

Tablo 3.12. Cinsiyet Değişkeni t Testi Sonuçları (AHKÖ)

t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Fark	Std. Hata Farkı	95% Güven Aralığında Farklar	
					En Düşük	En Yüksek
1,239	639	,216	,09100	,07344	-,05322	,23521

Tablo 3.12'deki verilere göre katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algıları cinsiyete göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde değişmemektedir (Sig. 0,216 > Sig 0,05).

Algılanan hizmet kalitesinin boyutları açısından tek tek cinsiyete göre farklılık olmadığı t testi ile incelendiğinde aşağıdaki Tablo 3.13.'de görüldüğü gibi algılanan hizmet kalitesinin 5 boyutundan hiçbir tanesine ilişkin algının (sig. boyut > sig. 0,05) cinsiyete göre anlamlı bir şekilde fark oluşmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.13. Algılanan Hizmet kalitesinin 5 Boyutu İçin Cinsiyete Göre t testi Sonuçları

	t testi				95% Güven Aralığında Farklar		
	t	df	Sig. (2-tailed)	Farkların Ortalaması	Std. Hata Farkı	En Düşük	En Yüksek
Somut (Fiziksel) Özellikler						-,06847	,25364
Güvenirlilik	1,414	639	,158	,10847	,07673	-,04220	,25915
Heveslilik	,793	639	,428	,06186	,07797	-,09125	,21497
Güven	1,120	639	,263	,08561	,07641	-,06444	,23565
Empati	1,516	639	,130	,11688	,07712	-,03456	,26832

Tablo 3.14. Medeni Durum t Testi Sonuçları (AHKÖ)

t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Fark	Std. Hata Farkı	95% Güven Aralığında Farklar	
					En Düşük	En Yüksek
-1,312	639	,190	-,08739	,06659	-,21815	,04336

Tablo 3.14'deki verilere göre katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algıları medeni durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde değişmemektedir (Sig. 0,19 > Sig 0,05).

Algılanan hizmet kalitesinin boyutları açısından tek tek medeni duruma göre farklılık olmadığı t testi ile incelendiğinde aşağıdaki Tablo 3.15.'de görüldüğü gibi algılanan hizmet kalitesinin 5 boyutundan hiçbir tanesine ilişkin algının (sig. boyut > sig. 0,05) katılımcıların medeni durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.15. Algılanan Hizmet kalitesinin 5 Boyutu İçin Medeni Duruma Göre t testi Sonuçları

	t testi				95% Güven Aralığında Farklar		
	t	df	Sig. (2-tailed)	Farkların Ortalaması	Std. Hata Farkı	En Düşük	En Yüksek
Somut (Fiziksel) Özellikler	-1,007	639	,314	-,07492	,07438	-,22099	,07115
Güvenirlilik	-,653	639	,514	-,04548	,06966	-,18228	,09131
Heveslilik	-1,210	639	,227	-,08546	,07066	-,22421	,05328
Güven	-1,681	639	,093	-,11630	,06920	-,25219	,01959
Empati	-1,631	639	,103	-,11404	,06991	-,25132	,02324

Katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algılarının yaşa göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde fark oluştuğu görülmektedir (sig. 0,001 < sig. 0,05). Buna göre Tablo 3.16.'da görüldüğü gibi hizmet kalitesi algısı en yüksek yaş grubu 55-64 yaş grubudur. İkinci sırada onu 65-74 yaş aralığı ve üçüncü sırada ise 18-44 yaş aralığı olduğu görülmektedir.

Tablo 3.16. Yaş Anova Testi Sonuçları (AHKÖ)

Tukey HSD	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
18-44 Yaş	96	3,8764	
65-74 Yaş	90	3,9763	
45-64 Yaş	429	3,9894	
75 ve üstü yaş	26		4,4051

Katılımcıların aldıkları hizmet kalitesine ilişkin algıları yaşa göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (sig. 0,000 < 0,05). Buna göre Tablo. 3.16'da görüldüğü gibi aldıkları hizmet kalitesine ilişkin algısı en yüksek olan yaş grubu 75 yaş üstü grubu, ikinci sırada 45-64 yaş grubu, üçüncü sırada 65-74 yaş grubu gelmektedir.

Tablo 3.17. Algılanan Hizmet kalitesinin 5 Boyutu İçin Yaşa Göre Anova testi Sonuçları

	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Somut (Fiziksel) Özellikler	4,919	3	1,640	2,184	,089
Güvenirlilik	4,995	3	1,665	2,535	,056
Heveslilik	8,461	3	2,820	4,199	,006
Güven	6,375	3	2,125	3,277	,021
Empati	6,575	3	2,192	3,314	,020

Tablo 3.17'ye bakıldığında sadece “Heveslilik” boyutunda yaşa göre anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmektedir.

Tablo 3.18. Yaş-Heveslilik Boyutu Anova Testi Detay Sonuçları (AHKÖ)

Tukey HSD	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
18-44 Yaş	96	3,8333	
65-74 Yaş	90	3,9630	
45-64 Yaş	429	3,9860	
75 ve üstü yaş	26		4,4744

Heveslilik boyutu personelin hastalara yardım etme ve hızlı hizmet verme istekliliğini ifade etmekte olup, Tablo 3.18.'e göre algılanan hizmet kalitesinde heveslilik boyutunda algısı en yüksek olan grup 75 yaş ve üstü gruptur. İkinci sırada 45-64 yaş aralığı, üçüncü sırada 65-74 yaş grubu gelirken; heveslilik algısı en düşük olan grup 18-44 yaş aralığıdır. Bu algının oluşmasında hastane personelinin yaşlı hastalara daha fazla yardım etme ihtiyacı hissetmesi gerçeğinin yattığı söylenebilir.

Katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algıları eğitim durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır (sig. 0,294 > sig. 0,05). Aynı şekilde algılanan hizmet kalitesine ait beş boyutundan her biri için tek tek yapılan Anova testiyle, eğitim durumuna göre istatistiki olarak anlamlı olan bir farklılaşma tespit edilmemiştir.

Katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algıları çalışma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (sig.0,03 < sig. 0,05). Buna göre aldıkları sağlık hizmetine ilişkin kalite algıları en yüksek olan grup emekli-çalışmayan grubudur. İkinci sırada emekli-çalışan grubu gelmekte, üçüncü sırada işsizler grubu dördüncü sırada ise çalışmakta olanlar gelmektedir.

Tablo 3.19. Çalışma Durumu Anova Testi Sonuçları (AHKÖ)

Tukey HSD	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Çalışıyor	451	3,9552	-
İşsiz	106	3,9742	-
Emekli-Çalışıyor	56	4,1262	-
Emekli-Çalışmıyor	28	4,2810	-

Tablo 3.20’de görüldüğü üzere katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algılarının boyutlarından sadece “Güven” (sig. 0,041 < sig. 0,05) ve “Empati” (sig. 0,018 < sig. 0,05) boyutları çalışma durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 3.20. Algılanan Hizmet Kalitesinin 5 Boyutu İçin Çalışma Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları

	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Somut (Fiziksel) Özellikler	4,042	3	1,347	1,791	,148
Güvenirlilik	1,699	3	,566	,855	,464
Heveslilik	4,096	3	1,365	2,013	,111
Güven	5,409	3	1,803	2,774	,041
Empati	6,684	3	2,228	3,369	,018

Tablo 3.21. Algılanan Hizmet Kalitesinin Güven Boyutu İçin Çalışma Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları

Çalışma Durumu	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Çalışıyor	451	3,8997	
İşsiz	106	3,9292	
Emekli-Çalışıyor	56	4,0714	4,0714
Emekli-Çalışmıyor	28		4,3036

Tablo 3.22. Algılanan Hizmet Kalitesinin Empati Boyutu İçin Çalışma Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları

Çalışmadurumu	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Çalışıyor	451	3,8814	
İşsiz	106	3,9670	3,9670
Emekli-Çalışıyor	56	4,1161	4,1161
Emekli-Çalışmıyor	28		4,2857

Tablo 3.23’de görüldüğü üzere katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algıları gelir durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (sig. 0,000 < sig. 0,05). Buna göre Hizmet kalitesine ilişkin algısı en yüksek olan grup yüksek gelir grubu olup, ikinci sırada orta gelir düzeyi son sırada ise alt gelir düzeyi gelmektedir.

Tablo 3.23. Gelir Durumu Anova Testi Sonuçları (AHKÖ)

Tukey HSD	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Alt Gelir Düzeyi	202	3,8706	-
Orta Gelir Düzeyi	403	4,0372	-
Yüksek Gelir Düzeyi	36	4,0870	-

Tablo 3.24. Algılanan Hizmet kalitesinin 5 Boyutu İçin Gelir Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları

	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Somut (Fiziksel) Özellikler	5,384	2	2,692	3,594	,028
Güvenirlilik	3,885	2	1,943	2,954	,053
Heveslilik	4,035	2	2,017	2,978	,052
Güven	5,360	2	2,680	4,129	,017
Empati	1,598	2	,799	1,196	,303

Tablo 3.25. Algılanan Hizmet Kalitesinin Fiziksel özellikler Boyutu İçin Gelir Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları

Gelir Durumu	N	Subset for alpha = 0.05
		1
Alt Gelir Düzeyi	202	3,9455
Orta Gelir Düzeyi	403	4,1390
Yüksek Gelir Düzeyi	36	4,1759

Tablo 3.25.'de görüldüğü gibi Hastanelerin fiziksel özelliklerini en fazla önemseyen grubun yüksek gelir düzeyine sahip kişiler olduğu, ikinci sırada orta gelir düzeyindeki kişilerin geldiği, hastanelerin fiziksel özelliklerini en az önemseyen grubun ise alt gelir grubundaki kişiler olduğu görülmektedir.

Tablo 3.26. Algılanan Hizmet Kalitesinin “Güven” Boyutu İçin Gelir Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları

Gelir Durumu	N	Subset for alpha = 0.05
		1
Alt Gelir Düzeyi	202	3,8045
Orta Gelir Düzeyi	403	3,9926
Yüksek Gelir Düzeyi	36	4,0625

Güven unsuru personelin alanında bilgisi yüksek, nazik ve ilgili olmaları ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerilerinden oluşmakta olup; Tablo 3.26.'da görüldüğü üzere hastanede güven unsurunu en fazla önemseyen grubun yüksek gelir düzeyine sahip kişiler olduğu (alpha değerinden hareketle), ikinci sırada orta gelir düzeyindeki kişilerin geldiği, hastanelerde güven unsurunu en az önemseyen grubun ise alt gelir grubundaki kişiler olduğu görülmektedir.

Tablo 3.27. Algılanan Hizmet Kalitesinin “Empati” Boyutu İçin Gelir Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları

Gelirdurumu	N	Subset for alpha = 0.05
		1
Alt Gelir Düzeyi	202	3,8713
Orta Gelir Düzeyi	403	3,9529
Yüksek Gelir Düzeyi	36	4,0694

Empati boyutu, personelin kendilerini müşterilerin yerine koyması ve müşterilere kişisel ilgi göstermesini ve hastalarını bunu hissetmesini içermekte olup; Tablo 3.27.'de görüldüğü üzere hastanede empati unsurunu en fazla önemseyen grubun yüksek gelir düzeyine sahip kişiler olduğu (alpha değerinden hareketle), ikinci sırada orta gelir düzeyindeki kişilerin geldiği, hastanelerde empati unsurunu en az önemseyen grubun ise alt gelir grubundaki kişiler olduğu görülmektedir.

3. Hipotezin Test Sonuçları

H1: Memnuniyet boyutlarıyla memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H0: Memnuniyet boyutlarıyla memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

Tablo 3.28. Sağlık Hizmeti Alan Memnuniyeti Ölçeği (SHAMÖ) ile Boyutlarının Korelasyonu

Pearson Korelasyonu	SHAMÖ
SHAMÖ	1
Doktorlardan	,950**
Hemşirelerden	,952**
Temizlikten	,947**
Ön Bürodan	,950**

Diğer taraftan faktör analizi sonuçları da aynı bulguyu desteklemektedir. Alınan sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet ölçeğinin faktör analizi ile Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliğinin Ölçüsü 0,959 olarak tespit edilmiş olup ölçekteki maddelerin algılanan hizmet kalitesini istatistiki olarak anlamlı bir şekilde mükemmel ölçüde yansıttığını göstermektedir (sig. 0,000 < sig 0,05). Buna göre maddelerin faktör yükleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 3.29. Alınan Sağlık Hizmetine İlişkin Memnuniyet Ölçeği Maddelerinin Faktör Yükleri

Maddeler	Faktör Yükü
1. Doktorların verdikleri bakımın tümünden memnunum.	,787
2. Doktorların hastalığının tedavisi konusundaki bilgilerinden memnunum.	,882
3. Doktorların gösterdiği nezaket ve saygıdan memnunum.	,878
4. Bakım ve tedavimi yapan hemşireler bende güven duygusu yaratıyor.	,850
5. Genel olarak hemşirelik hizmetleri kalitesinden memnunum.	,852
6. Bakım ve tedavimi yapan hemşirenin kendisini tanıtmışından memnunum.	,912
7. Tuvalet ve banyoların temizliğinden memnunum.	,849
8. Temizlik işleri yapan personelden genel olarak memnunum.	,844
9. Hastanenin genel temizliğinden memnunum.	,760
10. Sekreterlerin genel tutumundan memnunum.	,817
11. Kolaylıkla randevu alabiliyorum.	,896
12. Hastane içindeki danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterlidir.	,795

Alınan Sağlık Hizmetine İlişkin Memnuniyet Ölçeğinin maddelerine ait toplam varyansı açıklama tablosu aşağıdaki gibidir:

Tablo 3.30. Sağlık Hizmetine İlişkin Memnuniyet Ölçeğinin Maddelerine Ait Toplam Varyansı Açıklama Tablosu

Bileşenler (Faktörler)	İlk Özdeğerler			Yük Farkları Kareleri Toplamı		
	Toplam	% Varyans	Kümülatif %	Toplam	% Varyans	Kümülatif %
1	8,160	68,000	68,000	8,160	68,000	68,000
2	,690	5,753	73,753	,690	5,753	73,753
3	,514	4,285	78,038	,514	4,285	78,038
4	,394	3,287	81,324	,394	3,287	81,324
5	,364	3,030	84,354	,364	3,030	84,354
6	,332	2,766	87,120			
7	,314	2,615	89,735			

8	,292	2,435	92,171
9	,285	2,371	94,542
10	,259	2,158	96,700
11	,211	1,759	98,459
12	,185	1,541	100,000

Tablo 3.30.'da yer alan sonuçlara göre ölçekteki beş boyut algılanan hizmet kalitesinin varyansındaki değişimin %84,35'ini açıklayabilmektedir.

Tablo 3.31. Algılanan Hizmet Kalitesi Bileşen Toplulukları Faktör Yükleri

Algılanan Hizmet Kalitesi Boyutları	Faktör Yüğü
Somut (Fiziksel) Özellikler	,837
Güvenirlik	,876
Heveslilik	,913
Güven	,922
Empati	,868

Tablo 3.31'de görüldüğü üzere hastalar öncelikle “güven” boyutunu önemsemekte, ikinci olarak heveslilik boyutu, üçüncü sırada “güvenilirlik” boyutu, dördüncü sırada “empati” boyutu son sırada ise fiziksel özellikler boyutu önemsenmektedir.

4. Hipotezin Test Sonuçları

H1: Hastaların demografik özellikleriyle memnuniyetleri ve memnuniyet boyutları arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H0: Hastaların demografik özellikleriyle memnuniyetleri ve memnuniyet boyutları arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

Tablo 3.32. Cinsiyet Değişkeni t Testi Sonuçları (SHAMÖ)

t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Fark	Std. Hata Farkı	95% Güven Aralığında Farklar	
					En Düşük	En Yüksek
1,545	639	,123	,11282	,07300	-,03053	,25616

Tablo 3.32'deki verilere göre katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları cinsiyete göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde değişmemektedir (Sig. 0,123 > Sig 0,05).

Tablo 3.33. Sağlık Hizmeti Alım Ölçeği Boyutlarının Cinsiyete Göre t Testleri

	t Testi						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Farkların Ortalaması	Standart Hata Farkı	95% Güven Aralığında Farklar	
						En Düşük	En Yüksek
Doktorlardan	1,177	639	,239	,09115	,07741	-,06087	,24316
Hemşirelerden	1,509	639	,132	,11163	,07395	-,03359	,25685
Temizlikten	1,980	639	,048	,15467	,07813	,00124	,30810
Önbürodan	1,205	639	,229	,09381	,07788	-,05911	,24674

Sağlık Hizmeti alımı memnuniyetinin sadece “temizlik” boyutu istatistiki olarak anlamlı bir şekilde (sig. 0,048 < 0,05) cinsiyete göre farklılaşmaktadır. Buna göre, erkeklerin temizlik algıları memnuniyet düzeylerini daha fazla etkilemektedir.

Tablo 3.34. Medeni Durum Değişkeni t Testi Sonuçları (SHAMÖ)

t	df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Fark	Std. Hata Farkı	95% Güven Aralığında Farklar	
					En Düşük	En Yüksek
-2,102	639	,036	-,13895	,06609	-,26872	-,00917

Tablo 3.34’deki verilere göre katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları medeni durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir (Sig. 0,03 < Sig 0,05). Bu sonuca göre evli olan katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet düzeyleri bekâr katılımcılara göre daha yüksektir.

Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin alt boyutlarına ilişkin algıların medeni duruma göre farklılaşmasına ilişkin bulgular Tablo 3.35’de gösterilmiştir.

Tablo 3.35. Sağlık Hizmeti Alım Ölçeği Boyutlarının Medeni Duruma Göre t Testleri

	t Testi						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Farkların Ortalaması	Standart Hata Farkı	95% Güven Aralığında Farklar	
						En Düşük	En Yüksek
Doktorlardan	-1,558	639	,120	-,10929	,07014	-,24702	,02844
Hemşirelerden	-1,942	639	,053	-,13009	,06698	-,26162	,00144
Temizlikten	-2,230	639	,026	-,15789	,07079	-,29691	-,01888
Ön bürodan	-2,251	639	,025	-,15851	,07042	-,29678	-,02023

Tablo 3.35’te görüldüğü üzere sağlık hizmeti alım ölçeği boyutlarından “temizlik” ve “ön büro” hizmetlerine ilişkin memnuniyet medeni duruma göre anlamlı

bir şekilde farklılaşmaktadır. Her iki boyutta da evli hastaların bekar hastalara göre memnuniyet düzeyleri daha üst seviyededir.

Tablo 3.36. Yaş Anova Testi Sonuçları (SHAMÖ)

Tukey HSD	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
18-44 Yaş	96	3,8764	
65-74 Yaş	90	3,9763	
45-64 Yaş	429	3,9894	
75 ve üstü yaş	26		4,4051

Katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algılarının yaşa göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir (sig. 0,000 < sig. 0,05). Buna göre Tablo 3.36’da görüldüğü gibi 75 yaş ve üstü hastaların memnuniyet algıları diğer ya gruplarından daha yüksektir. İkinci sırada 45-64 yaş grubu, üçüncü sırada 65-74 yaş grubu gelmekte; 18-44 yaş aralığındaki hastaların memnuniyet düzeyleri ise en sonda gelmektedir.

Tablo 3.37. Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin 4 Boyutu İçin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları

(Tukey)	Kareler		Ortalama		Sig.
	Toplamı	df	Kare	F	
Doktorlardan	8,484	3	2,828	4,268	,005
Hemşirelerden	9,654	3	3,218	5,340	,001
Temizlikten	10,016	3	3,339	4,942	,002
Ön bürodan	11,431	3	3,810	5,720	,001

Tablo 3.37’de görüldüğü gibi, sağlık hizmeti alımı memnuniyetinin 4 alt boyutu da yaşa göre anlamlı bir şekilde değişmektedir.

Tablo 3.38. Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin “Doktorlar” Boyutu İçin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları (Tukey)

Yaş	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
18-44 Yaş	96	3,7882	
65-74 Yaş	90	3,9333	
45-64 Yaş	429	3,9681	
75 ve üstü yaş	26		4,4231

Tablo 3.38’de görüldüğü üzere, aldıkları sağlık hizmetinin memnuniyetinde ilk sırada doktorları önemseyen yaş grubu 75 yaş ve üstüdür. İkinci sırada 45-64 yaş grubu, üçüncü sırada 65-74 yaş grubu ve son sırada 18-44 yaş grubu gelmektedir.

Tablo 3.39. Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin “Hemşireler” Boyutu İçin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları (Tukey)

Yaş	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
18-44 Yaş	96	3,7222	
45-64 Yaş	429	3,9332	
65-74 Yaş	90	3,9704	
75 ve üstü yaş	26		4,3846

Tablo 3.39’a bakıldığında Sağlık hizmeti alım memnuniyetinde hemşireleri en fazla önemseyen ilk yaş grubu 75 yaş üstüdür. İkinci sırada 65-74 yaş aralığındaki hastalar gelirken, üçüncü sırada 45-64 yaş aralığı, en sonda ise 18-44 yaş aralığı gelmektedir. Buna göre sağlık hizmeti memnuniyetinde yaş arttıkça hemşirelerden memnuniyet artmaktadır.

Tablo 3.40. Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin “Temizlik” Boyutu İçin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları (Tukey)

Yaş	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
18-44 Yaş	96	3,7326	
45-64 Yaş	429	3,9254	
65-74 Yaş	90	3,9444	
75 ve üstü yaş	26		4,4231

Tablo 3.41. Sağlık Hizmeti Alım Memnuniyetinin “Ön büro” Boyutu İçin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları (Tukey)

Yaş	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
18-44 Yaş	96	3,5938	
65-74 Yaş	90	3,8444	
45-64 Yaş	429	3,8632	
75 ve üstü yaş	26		4,2949

Tablo 3.41 incelendiğinde sağlık hizmeti memnuniyetinde ön bürodan alınan hizmetten memnuniyette ilk sırada yine 75 yaş ve üstü gelmektedir. İkinci sırada 45-64 yaş aralığındaki hastalar, üçüncü sırada 65-74 yaş aralığındaki hastalar ve sonuncu olarak da 18-44 yaş aralığındaki hastalar gelmektedir.

Katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır (sig. 0,064 > sig. 0,05). Sağlık hizmeti memnuniyeti için alt boyutlarda gerçekleştirilen Anova testi sonuçlarında da anlamlı farklılığa rastlanamamıştır.

Katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları çalışma durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır (sig. 0,03 < sig. 0,05). Buna göre aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları en yüksek olan grup emekli-çalışmayan grubudur. İkinci sırada emekli-çalışan grubu gelmekte, üçüncü sırada işsizler grubu dördüncü sırada ise çalışmakta olanlar gelmektedir.

Tablo 3.42. Çalışma Durumu Anova Testi Sonuçları (SHAMÖ)

Tukey HSD	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Çalışıyor	451	3,8764	
İşsiz	106	3,8962	3,8962
Emekli-Çalışıyor	56	4,0342	4,0342
Emekli-Çalışmıyor	28		4,2381

Sağlık hizmeti alım memnuniyetinin alt boyutlarının çalışma durumuna göre anlamlı bir şekilde fark oluşmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların aldıkları hizmete ilişkin memnuniyet algıları gelir durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (sig. 0,000 < sig. 0,05). Buna göre aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet düzeyi en yüksek olan grup yüksek gelir düzeyi olup, ikinci sırada orta gelir düzeyindeki katılımcılar, son olarak da alt gelir düzeyindeki katılımcılar gelmektedir.

Tablo 3.43. Gelir Durumu Anova Testi Sonuçları (SHAMÖ)

Tukey HSD	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Alt Gelir Düzeyi	202	3,8127	-
Orta Gelir Düzeyi	403	3,9481	-
Yüksek Gelir Düzeyi	36	4,0162	-

Sağlık hizmeti alım memnuniyetinin alt boyutlarının gelir durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir.

5. Hipotez:

H1: Hastaların hizmet kalitesi algıları ve boyutları ile “memnuniyetleri ve boyutları” arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur.

H0: Hastaların hizmet kalitesi algıları ve boyutları ile “memnuniyetleri ve boyutları” arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir.

Tablo 3.44. Algılanan Hizmet Kalitesi Algısı ile Sağlık Hizmeti Alan Memnuniyeti İlişkisi

Pearson Correlation	Algılanan Hizmet Kalitesi	Sağlık Hizmeti Alan Memnuniyeti
Algılanan Hizmet Kalitesi	1	,913**
Sağlık Hizmeti Alan Memnuniyeti	,913**	1

** . Korelasyon 0,01 düzeyinde (2-kuyruklu) önemlidir.

Tablo 3.44’deki 0,913 korelasyon değerine göre algılanan hizmet kalitesi ile sağlık hizmeti alan memnuniyeti arasındaki istatistiki olarak anlamlı çok kuvvetli pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Normal dağılmayan, iki sıralı değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi ölçmek amacıyla Spearman sıra korelasyon katsayısı yaygın olarak kullanılır. Bu katsayı, -1 ile 1 arasında değer almaktadır. Katsayı, -1 negatif yönlü tam ilişki, 1 ise pozitif yönlü tam ilişki vardır. Eğer katsayı değeri 0 ise iki değişkenin arasında ilişki yok demektir. Katsayı mutlak değerce 1’e yaklaştıkça ilişkinin kuvveti artar, sifıra yaklaştıkça ilişkinin kuvveti azalır. Spearman korelasyon katsayısı simetriktir. Yani, X ve Y değişkenleri karşılıklı olarak yer değiştirdiğinde korelasyon katsayısında değişiklik olmaz. Korelasyon katsayısının (rho) anlamlılık düzeyi örneklem büyüklüğünden etkilenir. Küçük bir örnek (n=30) için, büyük korelasyon değeri anlamsız veya büyük örnekler (n=100) için çok düşük korelasyon değeri anlamlı olabilir. Bu noktada birçok yazar anlamlılık düzeyinin belirlenmesini, fakat üzerinde durulmaması gerektiğini belirtmektedir (Karagöz, 2010, s.432).

3.5. Tartışma

Biçer ve Yurtsal (2021:770) çalışmasında yaş faktörüne göre hastaların memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılıklar incelendiğinde faktörler açısından anlamlı farklılıklar; “Fiziki Yapı”, “Güvenilirlik”, “Duyarlılık”, “Güvence”, “Empati” ve Memnuniyet değişkenlerinde bulgulanmıştır. Fiziki yapı faktöründe, 51 üstü yaş

grubunun memnuniyet seviyesinin en yüksek yaş grubu olduğu, 29-39 yaş grubunun düzeyinin ise en asgari seviyede olduğu gruptur. Bu tespate göre ileri yaşlardaki hastaların hastanenin fiziki yapısından beklentilerinin daha az olduğu, orta yaş grubundaki hastaların ise hastanenin fiziki yapısından beklentilerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Güvenilirlik faktöründe 51 ve üzeri yaş grubunun algı düzeyinin en yüksek yaş grubu olduğu daha düşük yaşlarda ise düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Bu durum ileri yaş grubunun güvenme duygusunun ileri yaşlarda yüksek düzeyde olduğu yaş düştükçe güvenme duygusunun azaldığını göstermektedir. Memnuniyet faktöründe 51 ve üzeri yaş gruplarının algı düzeyinin en yüksek olduğu daha düşük yaş gruplarının memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu gözlenmektedir. Bu durum ileri yaş grubu hastaların memnuniyetinin yüksek olduğu, yaş grupları küçüldükçe memnuniyetinde düşük olduğu görülmektedir. Genel olarak faktörlerin tamamında yaş grubu yükseldikçe algı düzeyleri artmakta yaş küçüldükçe ise algı düzeylerinin düştüğü görülmektedir.

Öz ve Uyar (2014: 129) hastaların sağlık işletmelerinden hizmet kalitesi beklentilerinde yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın oluşmadığını tespit etmişlerdir ($p=0,516$).

Samancı ve Kök (2020) çalışmalarında yapılan Anova Testi sonuçlarına göre $p > 0.05$ olduğundan dolayı yaş gruplarına göre, hastaların sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin algıları arasında anlamlı farklar bulunmadığını tespit etmişlerdir. Sağlık hizmetlerine ilişkin kalite algısının en yüksek seviyede olduğu yaş grubu 3,68 ortalama ile 36-40 yaş arası iken, sağlık hizmeti kalite algısının en düşük olduğu yaş grubu ise 3,47 ortalama ile 26-30 yaş arası olarak bulgulanmıştır.

Papatya vd (2012) çalışmasında hastanenin fiziksel özellikleri faktörüne erkeklerin kadınlara nazaran aldıkları hizmetten daha fazla memnuniyete sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Başka farklılık ise, güven faktöründe tespit edilmiş erkekler kadınlara nazaran alınan hizmetten daha fazla memnun oldukları belirlenmiştir.

Biçer ve Yurtsal (2021:769) çalışmasında cinsiyet değişkenine göre hizmet kalitesi algısındaki farklılıkları incelemişler araştırmaya katılan hastaların cinsiyet gruplarında anlamlı farklılıkların olmadığını tespit etmişlerdir.

Öz ve Uyar (2014: 129) sağlık işletmelerindeki hizmet kalitesi algısında cinsiyete göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılığın oluştuğunu belirlemişlerdir ($p = 0,005$). Buna göre sağlık işletmelerindeki hizmet kalitesi algısının cinsiyete göre değiştiğini söylemek mümkündür.

Bagarad (2019: 45) çalışmasının sonuçlarına göre cinsiyete göre ve algılanan sağlık hizmeti kalitesi seviyesi anlamlı bir şekilde fark oluşmamaktadır ($p > 0,05$). Başka bir deyişle, kadınların ve erkeklerin alınan hizmet kalitesi algısı ve hasta memnuniyeti seviyeleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

Öz ve Uyar (2014: 130) sağlık işletmelerindeki hizmet kalitesi beklentisinde medeni duruma göre istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılığın oluşmadığını tespit edilmiştir ($p=0,731$).

Biçer ve Yurtsal (2021: 771) çalışmalarında gelir durumlarına göre algılanan hizmet kalitesine ilişkin farklılıklar incelendiği zaman faktörler açısından herhangi bir farklılık tespit edememişlerdir.

Öz ve Uyar (2014: 130) çalışmalarında sağlık işletmelerine ilişki olarak hastaların hizmet kalitesi beklentilerinde aylık gelir gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşmadığını tespit etmişlerdir.

Samancı ve Kök (2020: 49) çalışmalarında Anova Testi sonucunda $p < 0.05$ çıktığı hastaların eğitim düzeylerine göre, alınan sağlık hizmetinin kalitesine ilişkin algıları arasında anlamlı farklılıklar tespit etmiştir. Bu farklılıkların hangi gelir grupları arasında olduğunu tespit etmek üzere Post-Hoc analizi ve Tukey-HSD testi uygulanmıştır. Testlerin sonuçlarına göre, Lise-Lisans ve Lisans-Lisansüstü eğitim grupları arasında anlamlı farklılıkların bulunduğu saptanmıştır. Lise düzeyinde eğitime sahip hastaların algıladıkları hizmet kalitesi lisans eğitim düzeyinde eğitilmiş olan hastaların algıladıkları hizmet kalitesine nazaran daha yüksektir.

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi özelinde hastaların aldıkları tıbbi hekimlik/doktorluk hizmetlerinden memnun oldukları anlaşılmaktadır. Bu çalışmanın aksine Yağcı ve Duman'ın (2006) araştırmasında hastaların devlet hastanelerinde aldıkları sağlık hizmetinin doktorlarla ilgili boyutunda memnuniyetleri düşük bulunmuştur. Bunun sebebi ise kamu hastanelerinden hizmet alımı sırasında yüksek kalitede hekimlik hizmeti alınamayacağı yönündeki hasta beklentisi olabileceğine bağlamışlardır. Devlet hastanelerinden hizmet alan hastaların genel memnuniyet

düzeylerini belirleyen en önemli faktörlerin “muayene öncesi hizmetler” ve “fiziksel görünüm” olduğunu saptamışlardır. “Hekimlik/Doktorluk hizmeti” ve “kişisel ilgi ve ihtiyaçları karşılama” faktörlerinin etkisinin bariz olmadığı gözlenmiştir.

Çalışmalardaki bu sonuçlardan da anlaşıldığı gibi, devlet hastanelerinde hastaların memnuniyet düzeyinin yükselmesi, hastaların doktorluk hizmetlerine ulaşmaya kadar geçen zamanda verilen hizmetler ve hastanenin, teknik ekipmanının ve personelin genel görünümünü daha çok önemsedikleri görülmektedir. Çoğu devlet hastanesinde doktorluk hizmetleri alınmaya kadar hastaların ve/veya yakınlarının uğraşmak zorunda kaldıkları çeşitli bürokratik işlemler ve bu süreçte randevu usulüne göre çalışılmasına rağmen kimi zaman baş etmek zorunda kaldıkları yoğun talepten doğan uzun kuyruklar ve kalabalık bulunmaktadır. Ayrıca, hastalar bu kadar bekledikten sonra bir de aldıkları doktorluk hizmetlerinin çok kısa süre içinde bitirilmesi de söz konusu olabilmektedir. Dolayısıyla doktora ne kadar kısa sürede ve kolaylıkla ulaşırlarsa genel memnuniyet düzeyleri yükselmektedir. Şehir Hastanesi modeliyle işletilen Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi’nde bekleme sürelerinin az olması, hasta bekleme salonlarının geniş ferah mekânlar olması binaların yeni ve son teknoloji olması nedeniyle görünümün mükemmel olması, tıbbi cihazların yeterliliği ve personelin görünümü de bakımlı olmasından ötürü hizmet alan hastaların sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları da yüksek tespit edilmiştir.

Hastalar öncelikle “güven” boyutunu önemsemekte, ikinci olarak heveslilik boyutu, üçüncü sırada “güvenilirlik” boyutu, dördüncü sırada “empati” boyutu son sırada ise fiziksel özellikler boyutu önemsenmektedir. Fiziksel özelliklerin son sırada gelmesinin sebebi zaten yeni Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi’nde yapılmış binalarda, geniş ve ferah alanlarda hizmet almalarının verdiği hazırbulunuşluk olsa gerektir. Çünkü literatürde birçok çalışmada fiziksel özellikler algılanan hizmet kalitesinin ilk sıradaki belirleyicisi olmaktadır.

Bagarad (2019: 45) çalışmasında analiz sonucuna göre katılımcıların yaşlarının hastaların memnuniyet düzeyleri üzerinde istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı gözlenmiştir.

Biçer ve Yurtsal (2021:770) çalışmasında Cinsiyet değişkenine göre sağlık hizmeti alımı memnuniyet düzeyindeki farklılıklar incelendiği zaman araştırmaya

dâhil olan hastaların cinsiyet gruplarında anlamlı farklılıklar olmadığı tespit etmişlerdir.

Bagarad (2019: 45) çalışmasının sonuçlarına göre cinsiyete göre hastaların memnuniyet düzeylerinde anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p > 0,05$). Başka bir deyişle, kadın hastalar ve erkek hastaların hizmet kalitesi algısı ve hasta memnuniyeti düzeyleri arasında anlamlı fark oluşmamaktadır

Bu çalışmada Katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı şekilde farklılaşmadığı bulgulanmıştır. Papatya vd (2012) çalışmalarında iki özel hastaneyi karşılaştırarak yaptıkları çalışmada alınan hizmet memnuniyetinde eğitim durumunun önemli olmadığını bulgulamışlardır.

Bu çalışmada katılımcıların aldıkları hizmete ilişkin memnuniyet algıları gelir durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı bulgulanmıştır. Papatya vd (2012) çalışmalarında iki özel hastaneyi karşılaştırarak yaptıkları çalışmada alınan hizmet memnuniyetinde gelir düzeyinin belirleyici olmadığını tespit etmişlerdir.

Bagarad (2019: 45) çalışmasının sonucuna göre katılımcıların öğrenim durumunun hizmet kalitesi algısı ve hasta memnuniyeti düzeyleri üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

Bagarad (2019: 45) çalışmasının sonucuna göre katılımcıların gelir durumunun hizmet kalitesi algısı ve hasta memnuniyeti düzeyleri üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir

Yağcı ve Duman (2006) çalışmalarında hizmet kalitesinin boyutlarının farklı hastanelerde alınan poliklinik hizmetlerinden algılanan memnuniyeti ne düzeyde etkiledikleri araştırmışlardır. Kamu hastaneleriyle ilgili regresyon sonucunda memnuniyet düzeyindeki değişimin yüzde ellisinin açıklandığı bulgulanmıştır. Bu regresyon değeri, diğer hastaneler için elde edilen değerlerden daha düşük seviyededir. Bu durumun ana sebebi, kamu hastanelerinden alınan hizmetlerde memnuniyet düzeyini etkileyen diğer faktörlerin de önemli bir rolünün olması olabileceğini ifade etmişlerdir. Bilhassa kamu hastanelerinden hizmet alan hasta grubunun gelir düzeyindeki düşüklük, sağlık güvencelerindeki yetersizlikler, hastanede karşılaşılan kalabalık ve çoğu zaman bu hastaların diğer hastanelere gitmeden öncelikle kamu hastanelerinden hizmet almaları, hizmet sürecine başlamadan da önemli sorunlarla

karşılaşmalarına neden olabilmektedir. Bu tür problemler özel hastanelerden hizmet alan hastaların karşılaştıkları sorunlardan değildir. Benzeri bir şekilde, Üniversite hastanelerinden hizmet alan hastaların büyük bir bölümünün de kamu hastanelerinden gelmiş olsalar bile uygun sevklerle gelmelerinden ötürü hizmet alma sürecinde belirtilen sorunlarla karşılaşmamalarını sağlamaktadır. Bu nedenle, modelde bulunan faktörlerin bağımlı değişkendeki değişimin yalnızca yüzde ellisini açıklayabilmesi normal kabul edilebilir bulmuşlardır. (Yağcı ve Duman, 2006, s.230) Bu çalışmada Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinden alınan hizmetin kalitesi ile hasta memnuniyetinin katsayısı 0,913 çıkmıştır. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi kamu hastanesi olmakla birlikte özel ve üniversite hastaneleri ile karşılaştırma yapılmamış olsa da son teknoloji cihazlar ve modern organizasyon yapısı ile kalitesinin yüksekliğinin hasta memnuniyetine yansıdığı görülmektedir.

Biçer ve Yurtsal (2021:771) çalışmasının sonuçlarına göre hasta memnuniyetine en fazla etki eden faktörün 0,25 seviyesinde “Fiziki Yapı” faktörünün olduğu; bu faktörü takiben “Güvence” faktörü, “Empati” faktörü, “Duyarlılık” faktörü ve “Güvenilirlik” faktörü olduğu tespit edilmiştir. Bu beş boyutun hasta memnuniyetine olan etkileri incelendiği zaman bilhassa öne çıkan konunun, fiziki yapının hasta memnuniyetine etkisi, hastaların fiziki koşulların iyi olduğu hastanelerde memnuniyeti en çok etkileyen faktör olduğu söylenebilir.

Bagarad (2019: 45) çalışmasında hizmet kalite algısıyla hasta memnuniyeti arasında ilişki olup olmadığı pearson korelasyon analiziyle araştırmışlardır. Çalışmadaki analizin sonucuna göre, hizmet kalitesiyle hastaların memnuniyeti arasında ($r=0,535$) anlamlı, pozitif yönlü ve orta seviyede bir ilişki mevcuttur.

Duman (2011: 229) çalışmasında algılanan hizmet kalitesiyle hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemiş ve iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde güçlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Bilgin ve Göral (2008: 59) çalışmalarında sağlık sektöründe hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemişler ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışmada da hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada elde edilen bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti, kalitesinin hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediğini, hizmet kalitesi arttıkça hasta

memnuniyetinin de artacağını söylemek mümkündür. Bunula birlikte sağlık hizmeti kalitesinin hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilediğini de söylemek mümkündür.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık işletmelerinde müşteri olarak hastaların algıladıkları hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi, hastane işletmelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması açısından incelenmesi gereken önemli bir konudur. Bu çalışmada Covid-19 pandemisi döneminde pandemi hastanesi olarak hizmete alınan “İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi”den sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde yapılan anket uygulaması ile elde edilen verilerin analizi sonucunda ulaşılan genel sonuçlar aşağıdaki gibidir:

Bu çalışmada algılanan hizmet kalitesinin boyutları açısından tek tek cinsiyete göre farklılık olmadığı, algılanan hizmet kalitesinin 5 boyutundan hiçbir tanesine ilişkin algının cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları cinsiyete göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde değişmemektedir. Buna göre gerek algılanan hizmet kalitesi gerekse hasta memnuniyetinin cinsiyete göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık Hizmeti alımı memnuniyetinin sadece “temizlik” boyutu istatistiki olarak anlamlı bir şekilde cinsiyete göre farklılaşmaktadır. Buna göre, erkeklerin temizlik algıları memnuniyet düzeylerini daha fazla etkilemektedir.

Katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algıları medeni durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde değişmemektedir. Diğer taraftan katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları medeni durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir. Bu sonuca göre medeni durumu evli olan katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet düzeyleri bekâr katılımcılara göre daha yüksektir. Sağlık hizmeti alım ölçeği boyutlarından “temizlik” ve “ön büro” hizmetlerine ilişkin memnuniyet medeni duruma göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Her iki boyutta da medeni durumu evli olan hastaların bekar hastalara göre memnuniyet düzeyleri daha üst seviyededir..

Katılımcıların aldıkları hizmet kalitesine ilişkin algıları yaşa göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Hastaların aldıkları hizmet kalitesine ilişkin algısı en yüksek olan yaş grubu 75 yaş üstü grubu, ikinci sırada 45-64 yaş grubu, üçüncü sırada 65-74 yaş grubu gelmektedir. Aynı şekilde katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algılarının yaşa göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde fark olduğu görülmektedir (sig. 0,000 < sig. 0,05). Buna göre Tablo 3.36’da görüldüğü gibi 75 yaş

ve üstü hastaların memnuniyet algıları diğer yaş gruplarından daha yüksektir. İkinci sırada 45-64 yaş grubu, üçüncü sırada 65-74 yaş grubu gelmekte; 18-44 yaş aralığındaki hastaların memnuniyet düzeyleri ise en sonda gelmektedir.

Sağlık hizmeti alımı memnuniyetinin 4 alt boyutu da yaşa göre anlamlı bir şekilde değişmektedir. Aldıkları sağlık hizmetinin memnuniyetinde ilk sırada doktorları önemseyen yaş grubu 75 yaş ve üstüdür. İkinci sırada 45-64 yaş grubu, üçüncü sırada 65-74 yaş grubu ve son sırada 18-44 yaş grubu gelmektedir.

Sağlık hizmeti alım memnuniyetinde hemşireleri en fazla önemseyen ilk yaş grubu 75 yaş üstüdür. İkinci sırada 65-74 yaş aralığındaki hastalar gelirken, üçüncü sırada 45-64 yaş aralığı, en sonda ise 18-44 yaş aralığı gelmektedir. Buna göre sağlık hizmeti memnuniyetinde yaş arttıkça hemşirelerden memnuniyet artmaktadır.

Sağlık hizmeti memnuniyetinde ön bürodan alınan hizmetten memnuniyette ilk sırada yine 75 yaş ve üstü gelmektedir. İkinci sırada 45-64 yaş aralığındaki hastalar, üçüncü sırada 65-74 yaş aralığındaki hastalar ve sonuncu olarak da 18-44 yaş aralığındaki hastalar gelmektedir.

“Heveslilik” boyutunda yaşa göre anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmektedir. Heveslilik boyutu personelin hastalara yardım etme ve hızlı hizmet verme istekliliğini ifade etmekte olup, algılanan hizmet kalitesinde heveslilik boyutunda algısı en yüksek olan grup 75 yaş ve üstü gruptur. İkinci sırada 45-64 yaş aralığı, üçüncü sırada 65-74 yaş grubu gelirken; heveslilik algısı en düşük olan grup 18-44 yaş aralığıdır. Bu algının oluşmasında hastane personelinin yaşlı hastalara daha fazla yardım etme ihtiyacı hissetmesi gerçeğinin yattığı söylenebilir.

Katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algıları eğitim durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır (sig. 0,294 > sig. 0,05). Aynı şekilde algılanan hizmet kalitesinin beş boyutundan her biri için tek tek yapılan Anova testi sonuçlarına göre de eğitim durumuna göre istatistiki olarak anlamlı olan bir farklılaşma tespit edilmemiştir. Diğer taraftan katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır. Sağlık hizmeti memnuniyeti için alt boyutlarda gerçekleştirilen Anova testi sonuçlarında da anlamlı farklılığa rastlanamamıştır.

Katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algıları çalışma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır (sig.0,03 < sig. 0,05). Buna göre aldıkları sağlık hizmetine

ilişkin kalite algıları en yüksek olan grup emekli-çalışmayan grubudur. İkinci sırada emekli-çalışan grubu gelmekte, üçüncü sırada işsizler grubu dördüncü sırada ise çalışmakta olanlar gelmektedir. Aynı şekilde katılımcıların aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları çalışma durumlarına göre istatistiki olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır (sig. 0,03 < sig. 0,05). Buna göre aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet algıları en yüksek olan grup emekli-çalışmayan grubudur. İkinci sırada emekli-çalışan grubu gelmekte, üçüncü sırada işsizler grubu dördüncü sırada ise çalışmakta olanlar gelmektedir. Sağlık hizmeti alım memnuniyetinin alt boyutlarının çalışma durumuna göre anlamlı bir şekilde fark oluşmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algılarının boyutlarından sadece “Güven” ve “Empati” boyutları çalışma durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Katılımcıların hizmet kalitesine ilişkin algıları gelir durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Buna göre Hizmet kalitesine ilişkin algısı en yüksek olan grup yüksek gelir grubu olup, ikinci sırada orta gelir düzeyi son sırada ise alt gelir düzeyi gelmektedir. Aynı şekilde katılımcıların aldıkları hizmete ilişkin memnuniyet algıları gelir durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Buna göre aldıkları sağlık hizmetine ilişkin memnuniyet düzeyi en yüksek olan grup yüksek gelir düzeyi olup, ikinci sırada orta gelir düzeyindeki katılımcılar, son olarak da alt gelir düzeyindeki katılımcılar gelmektedir. Sağlık hizmeti alım memnuniyetinin alt boyutlarının gelir durumuna göre anlamlı bir şekilde fark oluşmadığı tespit edilmiştir.

Hastanelerin fiziksel özelliklerini en fazla önemseyen grubun yüksek gelir düzeyine sahip kişiler olduğu, ikinci sırada orta gelir düzeyindeki kişilerin geldiği, hastanelerin fiziksel özelliklerini en az önemseyen grubun ise alt gelir grubundaki kişiler olduğu görülmektedir.

Hastalar öncelikle “güven” boyutunu önemsemekte, ikinci olarak heveslilik boyutu, üçüncü sırada “güvenilirlik” boyutu, dördüncü sırada “empati” boyutu son sırada ise fiziksel özellikler boyutu önemsenmektedir.

Güven unsuru personelin bilgi düzeyi yüksek, nazik ve ilgili olmaları ve müşterilerde güven duygusu uyandırabilme becerilerinden oluşmakta olup; hastanede güven unsurunu en fazla önemseyen grubun yüksek gelir düzeyine sahip kişiler olduğu (alpha değerinden hareketle), ikinci sırada orta gelir düzeyindeki kişilerin geldiği,

hastanelerde güven unsurunu en az önemseyen grubun ise alt gelir grubundaki kişiler olduğu görülmektedir.

Empati boyutu, çalışanların kendilerini müşterilerin yerine koyması ve müşterilere kişisel ilgi göstermesini ve hastalarını bunu hissetmesini içermekte olup; hastanede empati unsurunu en fazla önemseyen grubun yüksek gelir düzeyine sahip kişiler olduğu, ikinci sırada orta gelir düzeyindeki kişilerin geldiği, hastanelerde empati unsurunu en az önemseyen grubun ise alt gelir grubundaki kişiler olduğu görülmektedir.

Araştırmanın en önemli bulgusu, algılanan hizmet kalitesi ile sağlık hizmeti alan memnuniyeti arasındaki istatistiki olarak anlamlı çok kuvvetli pozitif bir ilişki bulunmasıdır.

“Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi”de hastaların kalite algılarının ve memnuniyetlerinin yüksek olmasının sebebi hastanenin son teknoloji mimari ile yapılmış ve tıbbi cihazlarla donatılmış olmasının etkisi büyüktür. Diğer taraftan hastanenin işlem süreçlerinin ve fiziksel ortamının tamamen insana hizmet odaklı olarak tasarlanmış olmasının da etkisi bulunmaktadır.

Hastaların eğitim seviyelerinin, çalışma pozisyonlarının ve gelir düzeylerinin artışı, sağlık sigortasına sahip olanların farklı sağlık işletmelerinden hizmet alabilme imkânına erişmesi ve sağlık işletmeleri arasındaki rekabet seviyesi, bu sağlık işletmelerinden alınan sağlık hizmetleri ile bağlantılı tüketicilerin beklentilerini de yükseltmektedir. Son yıllarda her hizmet sektöründe olduğu şekilde sağlık hizmetleri sektöründe de tepkisellik, inandırıcılık, güvenilirlik, duygudaşlık ve elle tutulurluk boyutları büyük önem kazanmaya başlamıştır.

Hastaların ihtiyaçlarının ve taleplerinin daha doğru bir şekilde belirlenmesi için yapılan araştırmaların artırılması ve bu ihtiyaçları karşılayacak sistemlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Tüm şehir hastanelerinin hizmet kalitesi tüm unsurları kapsayan stratejilerin geliştirmesi ve uygulamaya konması gerekmektedir. Kısa dönem için şehir hastanelerindeki muayene öncesi hizmetlere ve fiziksel görünüme ilişkin boyutlara yoğunlaşması gerekmektedir. Diğer taraftan şehir hastanelerinin her birimi için ayrı

hizmet kalitesini artırıcı stratejiler geliştirmesi gerekir. Bilhassa tüm sağlık hizmeti boyutlarının çok kısa süre içerisinde gerçekleştirilmek zorunda olunan acil servis birimlerinde sunulan hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi, poliklinik hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesinden daha farklı olması beklenir.

Hastaların normal şartlarda bekledikleri birçok hizmet kalitesi kriteri dikkate alınmayabilmektedir. Acil servislerde, “mahremiyete gösterilen saygı” ya da “acil servis biriminin fiziksel görünüşü” hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde çok önem arz etmemekle birlikte; “hekimlik hizmetlerinin seviyesi” ise oldukça önemli olmaktadır. Diğer taraftan, klinik hizmetler de poliklinik hizmetlerden farklılaşan nitelikler taşımaktadır. Klinik hizmetlerde hastanın hizmet aldığı süre uzamakta ve aynı zamanda konaklama hizmeti de sunulmaktadır. Sunulan sağlık hizmetinin süresi uzadıkça sunulan hizmette aksamaların oluşma ihtimali doğal olarak artmaktadır. Ayrıca klinik hizmetlerde hekimlerin dışındaki sağlık personelinin hasta ile iletişiminin ve ilişkinin boyutu da yoğunlaşmakta ve farklılaşmaktadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda acil servis hizmetlerine ve klinik hizmetlerine yoğunlaşan hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti çalışmalarının yapılması yerinde olacaktır.

KAYNAKÇA

- Akdağ, R. (2010). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı. (ilerleme raporu: Eylül 2010)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 807.
- Akar, Ç., Özalp, H. (2002). *Sağlık hizmetlerinde yönetim*. Ankara: Songür Yayıncılık.
- Akdağ, R. (2011). *Kamu hastanelerinin genel verimliliğinin değerlendirilmesi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 848.
- Akdoğan, C. (2011). *Hizmet pazarlamasında kalite anlayışı: servqual ve servperf kalite modellerinin karşılaştırılmasına yönelik bir uygulama. (Yüksek Lisans Tezi)*. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Üretim Yönetimi Ve Pazarlama Bilim Dalı, Sivas.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. (2007). *Sağlık hizmetlerinin finansmanında alternatif yöntemler*. Ankara: Aura Yayınları.
- Alptekin, C. (2007). *Sağlık kurumlarında performans yönetimi: ikinci basamağa ilişkin bir uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi, İzmir.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64(1), 33-58.
- Aksoy, R. (2005). Zonguldak'ta Ayakta Tedavi Tüketicilerinin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (1), 91-104.
- Aksoy, R., Bayramoğlu, V. (2008). Sağlık işletmeleri için kurumsal imajın temel belirleyicileri: Tüketici değerlemeleri. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(7): 83-95.
- Altan, A. (2003). *Hastane yapıları*. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Mimarlık Anadilim Dalı, Balıkesir.
- Araslı, H., Ekiz, E. H. ve Katırcıoğlu, S. T. (2008). Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from cyprus. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 8-23.
- Arı, H., Çavmak, D., Kaptanoğlu, A. (2016). Clinical Commissionign Groups ve Klinik Kalite İndikatörleri, (Ed. Ayşegül Kaptanoğlu). *Sağlık Hizmetlerinin Tripodu*. İzmir: Kitapana.
- Ariffin, A. A. M. ve Aziz, A. N. (2008). Determining the service quality dimensions and zone of tolerance for hospital services in malaysia. *The Business Review, Cambridge*, 10(2), 164-169.
- Aslan, Ş. (2004). Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teorive Örnek Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 599-617.

- Asubonteng, P., McCleary, K. J. ve Swan, J. E. (1996). SERVQUAL Revisited: a Critical Review of Service Quality. *Journal of Service Marketing*, 10(6) , 62-81.
- Ateş, M. (2012). Hastane yönetimi ve organizasyonu. M. Ateş (Ed.), Sağlık İşletmeciliği, 2. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Atıcı, E. (2010). Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik Üzerine. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 35(3), 147-152.
- Ayhan, E. (2011). *Sağlık hizmetleri pazarlamasında inovasyonun önemi malatya'da faaliyet gösteren hastanelerde bir uygulama.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı.
- Avis, M., Bond, M., Arthut, A. (1995). Satisfying solutions? A review of Same Unresolved Issue in The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 316-322.
- Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu Ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169-184.
- Ataç, A., Azal, Ö., Uçar, M., Açıkel, C., Göçgeldi, E. (2003). TSK Sağlık Kurumlarından Yararlanan Personelin Hasta Hakları ve Sağlık Personeli-Hasta İlişkisi Konusundaki Memnuniyetlerinin İnternet Üzerinden Araştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45 (4), 309-315.
- Babakus, M. ve Mangold, W. G. (1992). Adapting The SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Emprical Investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786.
- Bagarad K. S. H. (2019). *Sağlık hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi: sakarya üniversitesi eğitim ve araştırma hastanesi örneği.* (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Bilim Dalı, Sakarya.
- Bahar, Z., Açıl, D. (2014). Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (1), 59-67, <http://www.deuhyoedergi.org>
- Barlow, J. (1998). Her şikâyet bir armağandır. Çev.: Günhan Günay. İstanbul: Rota Yayınları.
- Bektaş, F. (2013). *Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve akreditasyon uygulamaları.* (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi) . T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Biçer, E.B. Yurtsal, K. (2021). Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Algısı. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25 (2), 751-773.

- Bilgin, Y., Göral, M. (2017). Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 8(16), 151-176.
- Bişkin, F. (2018). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Konya İlinde Bir Uygulama. *International Review of Economics and Management*, 6(1), 50-72. DOI: 10.18825/iremjournal.404249
- Bitner, M. J. (1990). Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*, 54 (April): 69-82.
- Bostan, S. (2005). *Hastane işletmelerinde müşteri (hasta) beklentileri araştırması*. (Yüksek Lisans Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Programı, Trabzon.
- Bozkurt, R. (1995). Hizmet Endüstrilerinde Kalite. *MPM Verimlilik Dergisi*, Toplam Kalite Özel Sayısı.
- Butler, D., Oswald, L. S. ve Turner, E. D. (1996). The effects of demographics on determinants of perceived health-care service quality: the case of user and observers. *Journal of Management in Medicine*, 10(5), 8-20.
- Büber, R., ve Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 265-274.
- Büken, N. Ö. (2010). Pandemik İnfluenza ve Etik. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 41(1), 62-68.
- Camileri, D. ve O'Callahan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-133.
- Carman, J. M. (2000). Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions. *Journal of Management of Medicine*, 14(5/6), 339-356.
- Carman, J. M. (2000). Patient Perceptions of Service Quality: Combining The Dimensions. *The Journal of Services Marketing*, 14 (4), 337-352.
- Curry, A. ve Sinclair, E. (2002). Assessing the quality of physiotherapy services using servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, (15(4-5), 197-204.
- Çakıl, Ö.E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140-143.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29-50.

- Çavmak, Ş., Çavmak, D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çatı, K. ve Yılmaz, A. (2002). Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma. *Pazarlama Dünyası*, 16 (4), 46-53.
- Neslihan, Ş. Ç., Koç, S. (2016). Hastanelerde Personel Giyimi, Kişisel Görünüm Politikaları ve Hasta Bakımına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13 (3), 163-169.
- Çıraklı, Ü., Gözülü, M. ve Gözülü, K., (2014). Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Yozgat’ta Yer Alan İki Hastanenin Yatan Hastaları Üzerinde Bir Çalışma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 7(1), 61-82.
- Çiçek, R. ve Doğan, İ. C. (2009). Müşteri Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, 11(1),
- Çimen, B. (1996). Hastane Planlamasında Yeni Gelişmeler ve Öneriler. *Mimar Dergisi*, 6(7), 13-20.
- Çoruh, M. (1998). *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO-9000 ve JCHAO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri*. Ed.: Mithat Çoruh. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.
- Dabholkar, P. A. (1995). A Contingency Framework for Predicting Causality Between Customer Satisfaction and Service Quality. *Advances in Customer Research*, 22(1), 101-108.
- Dodson, B. (1996). The Relationship Between Shared Service Quality Values and Customer satisfaction in Hospitals, Nova Southeastern University, School of Business and Entrepreneurship, Dissertation.
- Finn, David W. and Charles W. Lamb, Jr. (1991). An Evaluation of the Servqual Scales in a Retailing Setting, in NA. *Advances in Consumer Research*, 18(1), 483-490. <https://www.acrwebsite.org/volumes/7137/>
- Doherty, P. C. (2013). *Pandemics*. Oxford University Press.
- DPT (2003). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001–2005. 2003 Yılı Programı. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.
- Durukan, S., Akar, Ç. ve Şahin, İ. (2007). Seçilmiş Hastanelerde Karşılaştırmalı Poliklinik Gider Yeri Birim Maliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(1), 19-47.
- Eggleston, K., Lu, M., Li, C., Wang, J., Yang, Z., Zhang, J. & Quan, H. (2010). Comparing public and private hospitals in china: evidence from guangdong. *BioMed Central (BMC) Health Services Research*, 10: 76.

- Erol, H., Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34
- Ersöz, S., Pınarbası, M., Türker, A. K. ve Yüzükırmızı, M. (2009). Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Eşitlik Modelleri ile Analizi: Öğretmen Evi Uygulaması. *Int. Journal Eng. Research & Development*, 1(1), 19-27.
- Esatoğlu, A. E. (1997). *Hastanelerde hasta tatmininin hastane yönetimi açısından değerlendirilmesi ve kullanıma yönelik model önerisi*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Firuzan, A. R. (2017). Hastane Hizmet Kalitesinin Hasta Aidiyeti Üzerine Etkileri: Yapısal Eşitlik Modeli Ve Arabuluculuk. *Business & Management Studies: An International Journal*, 5(2), 462-480. Doi: <http://Dx.Doi.Org/10.15295/Bmij.V5i2.129>
- Fuentes, C. M. (1999). Measuring Hospital Service Quality: A Methodological Study. *Managing Service Quality*, 9(4).
- Gedikli, C. (1998). *Hastanelerde hizmet kalitesi ve bir üniversite hastanesinde uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Goodacre, S., Collins, C. ve Slattery, C. (2010), *Health & human development, units 3 and 4*, London: Cambridge University Press.
- Goonan, B. (2005). Departments Work Together When They Have Real Numbers To Work With”, http://crmguru.custhelp.com/cgi-bin/crmguru.cfg/php/enduser/std_adp.php?p_faqid=1569.
- Gökbayrak, Ş. (2010). Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü. *Çalışma ve Toplum*, 2(1), 141-162.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.
- Gülmez, M., Kitapçı, O. (2008). Hastane Hizmet Kalitesi Ve Bir Uygulama. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(1), 165-186.
- Gülmez, M. ve Kitapçı, O. (2008). *Hastanelerde hasta tatmin düzeylerinin ölçümü karşılaştırmalı iki hastane örneği*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, Yayın No:109.
- Günel, M. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler, İstanbul.
- İkis, Burçin (2011). *Kurumsal yönetimin devlet hastanelerinde etkinliğine yönelik bir araştırma*. (Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi). T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Isparta.

- James, B. C. (2002). Physicians and quality improvement in hospitals: how do you involve physicians in TQM?. *The Journal for Quality and Participation*, 25(2), 56-63.
- Kalkay, M. N. (1981). *Çağdaş hekimliğin sorunları*. İstanbul: Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi.
- Kamçı, S. B. (2003). *Hastanelerde verimlilik ve kalite sistemi cumhuriyet üniversitesi araştırma hastanesi örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, SBE, Sivas.
- Kang, Gi-Du and James, J. (2004) Service Quality Dimensions: An Examination of Grönroos's Service Quality Model. *Managing Service Quality*, 14(4), 266-277.
- Kanun Hükmünde Kararname: 663 Sayılı
- Karafakıoğlu, M. (1998). *Sağlık hizmetleri pazarlaması*. İstanbul: İşletme Fakültesi Yayın No. 271.
- Karahan, A. ve Özgür, E. (2011). *Hastanelerde performans yönetim sistemi ve veri zarflama analizi*. (Güncellenmiş 2.Basım). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Karan, İ. (2003). Hastane Fiziksel Ortamının Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması. *İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1), 15-27.
- Karagöz, Y. (2010). İlişki Katsayıları İle Öğrenci Başarısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(32), 425-446, www.esosder.org.
- Karassavidou, E., Glaveli, N. ve Papadopoulos, T. C. (2009). Quality İn Nhs Hospitals:No One Knows Better Than Patients. *Measuring Business Excellence*, 13(1), 34-46.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, Ş. Didem, Maimaiti, N. (2018). Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 601-623
- Kayral, İ. H. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli. *Verimlilik Dergisi*, 65-81.
- Kayral, İ. H., Beylik, U., Orhan, F. (2016). Hastane Standartlarının Çok Boyutlu Kalite Analizi: Bir Standart Seti Örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(1),6-16.
- Kırılmaz, H., B.A. Garad, Karama S. H. (2019). Poliklinik Hastalarının Hizmet Kalitesi Algısına Yönelik Bir Araştırma. *Social, Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 5(15), 85-93.
- Kısa, A. ve Tokgöz, N. (2007). *Sağlık kurumları yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.

- Kol, E. (2015). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135-164.
- Korkmaz, Ş., (2003). Sağlık kuruluşlarında insan kaynakları yönetimi uygulamaları ve konuya ilişkin istanbul il sınırları içinde yer alan 50 yatak ve üstü kapasiteli özel sektör hastanelerinde bir araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kılınç, C. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bullentin*, 8(3), 239-244.
- Kim, B. and Jia, L. (2016). Relationships between Personal Traits, Emotional Intelligence, Internal Marketing, Service Management, and Customer Orientation in Korean Outpatient Department Nurses. *Asian Nursing Research*, 10(1), 18-24.
- Konca, G., İlhan, N. M., Bunin, M. A. (2006). Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Çalışanları ve Hastane Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. *Gazi Tıp Dergisi*, 17(3): 160-170.
- Kurt, A. Ö., Şaşmaz, T. (2012). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003, *Lokman Hekim Journal*, 2 (1), 21-30.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık ekonomisi ve hastane yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Lewis, R. C. ve Booms, B. H. (1983). *The marketing aspects of service quality," in emerging perspectives on services marketing*. L. Berry, G. Shostack, and G. Upah, eds., Chicago: American Marketing.
- Loudon, D., Stevens, R., Wreen, B. (2005). *Marketing management, text and cases, best business books*. New York: An Imprint Of The Haworth Pres.
- Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2005). *Sağlık ekonomisine giriş*. Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
- Mutlu, A. ve Işık, K. (2012). *Sağlık ekonomisine giriş*. Ekin Basım Yayın Dağıtım, 3. Baskı. Bursa, Ekim Yayınevi.
- Nelson, C. (1990). Patient Satisfaction Surveys: An Oppurtunity for Total Quality Improveras. *Hospital and Health Services Administration*, 35(3).
- Ocakçı, A. (1983). Hastanede Fiziksel Çevre Düzenlemesi. *Türk Hemşireler Dergisi*, 33 (4), 36-41.
- Oh, H. C., ve Chow, W. L. (2011). Scientific Evulation of Polyclinic Operating Strategies With Discrete-Event Simulation. *International Journal of Simulation Modelling*, 10(4), 165- 176

- Okumuş, A. ve Asil, H. (2007). Havayolu Taşımacılığında Yerli ve Yabancı Yolcuların Memnuniyet Düzeylerine Göre Beklentilerinin İncelenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(1), 152-175.
- Okumuş, A., ve Duygun, A. (2008). Eğitim Hizmetlerinin Pazarlanmasında Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Algılanan Hizmet Kalitesi İle Öğrenci Memnuniyeti Arasındaki İlişki. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 17-38
- Okursoy Algın (2010). *Türkiye’de sağlık sistemi ve kamu hastanelerinin performanslarının değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Aydın.
- Orhaner, E. (2006) Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret Ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 1-22.
- Öz, M., Uyar, E. (2014). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Üzerinde Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16 (26), 123-132, 2014 ISSN: 2147 - 7833, www.kmu.edu.tr
- Özer, A., Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tip Araştırmaları Dergisi*, 5 (3), 140-143.
- Öztürk, S. A. (2003). *Hizmet pazarlaması*. İstanbul: Ekin Kitapevi.
- Papatya, G., Papatya, N., Hamşioğlu, A. B. (2012). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 87-108.
- Parasuraman, A., Zeithaml, Valarie, A., Berry, Leonard L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *The Journal of Marketing*, 49(4), 41-50 Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/1251430>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64 (1),12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, 58 (January): 111-124.
- Peyrot, M., Cooper, P. D. ve Schnapf, D. (1993). Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services. *Journal of Health Care Marketing*, 13(1), 24-34.
- Polat, Ş., Fatma, A.Y., Aydın, E. ve Uysal, G. S. (2018). Yatan Hasta Memnuniyeti Ölçümü İçin Yeni Bir Araç Geliştirme Çalışması. *SAUHSD*, 1(1), 65-77

- Rahman, S., Erdem, R. ve Devebakan, N. (2007). Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ'Daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 37-55.
- Rahmqvist, M. and Bara, Ana-C. (2010). Patients Characteristics and Quality Dimensions related to Patient Satisfaction. *International Journal of Quality in HealthCare*, 2010, 22(2), 86-92.
- Raja, M., Palani N., Deshmukh, S.G. ve Wadhwa, S. (2007). Quality Award Dimensions: A Strategic Instrument For Measuring Health Service Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(5), 363-378.
- Saat, M. (1999). Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak SERVQUAL Analizi. *Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 1(3): 107-108.
- Sağlık Bakanlığı (1983). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Yayımlandığı R. Gazetenin Tarihi: 13.1.1983, No: 17927 Mük., Yayımlandığı Düsturun Tertibi: 5(22).
- Samancı, M. ve Bayrak, K. S. (2020). Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesi: Samsun İli Örneği. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 43-53.
- Schofield, J. (1990). Pratical Standard. *Nursing Times*. 86(1), 31-33.
- Seçim, H. (1991). *Hastane yönetim ve organizasyonu*. İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi, Yayın No: 252.
- Sevimli, S. (2006). *Hizmet sektöründen kalite ve hizmet kalitesi ölçümü üzerine bir uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık-sağlık hizmetleri ve türk sağlık sistemi. m. tatar (ed.), sağlık kurumları yönetimi I*. (1.Baskı). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631 Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 1599.
- Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M. (1999). *Sağlık hizmetlerinde ve işletmelerinde yönetim*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Sağnak, P. (2010). *Hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımının hizmet kalitesi ve müşteri tatmini yaratılmasındaki rolü ve bir pazarlama aracı olarak kullanılması; GATA hastanesi'nde bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Sevimli, S. (2006). *Hizmet sektöründe kalite ve hizmet kalitesi ölçümü üzerine bir uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Üretim Yönetimi Ve Endüstri İşletmeciliği, Tezli Yüksek Lisans Programı, İzmir.
- Shah, P.K., Heinemann, A.W., Manheim, L.M. (2007). The Effect of Medicare's Prospective Payment System on Patient Satisfaction. *Journal Phys. Med. Rehabil*, 86(1), 169-175.

- Soysal, A. N., Koçođlu, D. (2018). Sağlık İşletmelerinde Műşteri Odaklı Pazarlama Anlayışı İle Hizmet Kalite Algısı Arasındaki İlişki; Bir Hastane rneđi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yűksekokulu Dergisi*, 21(1), 41-50. (E-ISSN: 2564-7458).
- Spreng, A. R. ve Mackoy, R. D. (1996). An Emprical Examination Of A Model Of Perceived Service Quality And Satisfaction. *Journal of Retailing*, 72(2), 210-219.
- şahin, . (2003). Hastane İşletmeciliği. www.kaliteofisi.com/download/ekitap.asp.
- Taner, T. ve Antony, J. (2006). Comparing Public And Private Hospital Care Service Quality İn Turkey. *Leadership in Health Services*, 19(2), i-x.
- Tař, D. (2009). *Sađlık hizmet kalitesinin lçűműne iliřkin bir uygulama*. (Yayınlanmamıř Yűksek Lisans Tezi). T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitűsű Hastane Ve Sađlık Kuruluřlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.
- Tatarlı, N. (2007). *Sađlık hizmetlerinde hasta tatminini etkileyen unsurlar ve sađlık sektöründe bir uygulama*. (Yűksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitűsű, Bolu.
- Tezcan, Y., nal, E. (2014). çűncű Basamak Sađlık Kuruluřunda Hasta Memnuniyeti. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 7(1), 57-62.
- T.C. Sađlık Bakanlığı. (2019). Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı. Nisan 11, 2020 tarihinde Halk Sađlıđı Genel Műdűrlűđű: https://grip.gov.tr/depo/saglikcalisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol nlemleri, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, Ankara.
- Tengilimođlu, D. (2012). *Hastane yönetimi ve organizasyon*. M. Tatar (Ed.).Sağlık Kurumları Yönetimi I. (1.Baskı). Eskiřehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631 Açık đretim Fakűltesi Yayını No: 1599.
- Tengilimoğlu, D., Oğuz, I., Akbolat, M. (2009). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. 1.baskı., Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Thurau, H. T. (2004). Customer Orientation Of Service Employees: Its İmpact On Customer Satisfaction, Commitment, And Retention. *International Journal Of Service İndustry Management*, 15(5), 460-478.
- Tırař, H. H., (2013). Sađlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Kahramanmarař Sűtçű İmam Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(1), 125-152.
- Ulutűrk, S. (2015) Sađlık Ekonomisi, Sađlık Statűsű, Sađlıđın lçűlmesinde Kullanılan lçűtler ve Tűrkiye rneđi. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 52-603, 48-55.

- Ünal, E. (2012). *Sağlık ekonomisi*. M. Ateş (Ed.) Sağlık İşletmeciliği, 2.Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., ve Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 17-29. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- WHO. (2010). World Health Organization. Nisan 11, 2020 tarihinde https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/ WHO. (2020) 16 Nisan tarihinde https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Woodruff, B. R., Gardial, S. F. (1996). *Know Your Customer: New Approaches to Understanding Customer Value and Satisfacion*. 1.Edition. United States of America: Blackwell Publishers Inc.
- Yağcı, Ç. H., Bağcıer, F. (2020). *COVID-19 sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri*. Ayhan FF, Demirbağ Kabayel D, editörler. COVID19 Pandemisi ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınları
- Yağcı, M. İ. ve Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel Ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7 (2), 218-238.
- Yalçın, S., Torun, S., Kadioğlu, F.G. (2014). Tıbbın Kültür Tarihi Çerçevesinde Hemşire Üniformasının Evrimi. *Lokman Hekim Journal*, 4(1), 6-15.
- Yiğittop, V. M. (2008). *Özel hastane işletmelerinde muhasebe uygulamaları ve iç kontrol sistemi*. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Hastane İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Yüksel, İ., ve Özveri, O. (2018) Hastane İşletmelerinde Poliklinik Hizmet Süreçlerinin Süreç Yönetimi Tekniği İle İyileştirilmesi ve Örnek Bir Uygulama. *Pamuklale İşletme ve Bilişim Yönetimi Dergisi*, 5(1), 1-21.
- Zengin, E., Erdal, A. (2000). Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Journal of Quafqaz University*, 3(1), 43-56.
- Zerenler, M., ve Öğüt, A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (18), 501-519.
- <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-health-services>
- <https://www.who.int/data/stories>
- <https://www.ttb.org.tr/sted/sted0301/9.html>

(<https://www.tga.gov.tr/turkiyenin-saglik-altyapisi-ve-covid-19-yonetim-sureci/>).<https://ronesans.com/basaksehir-sehir-hastanesi-istanbulu-sagligin-baskenti-yapacak/#:~:text=Kamu>

<https://www.aa.com.tr/tr/sirkethaberleri/holding/basaksehir-cam-ve-sakura-sehir-hastanesi-mipimde-en-iyi-saglik-kompleksi-odulunu-kazandi/671735>

https://tr.wikipedia.org/wiki/Ba%C5%9Fak%C5%9Fehir_%C3%87am_ve_Sakura_%C5%9Eehir_Hastanesi#cite_note-2

<https://camsakurasehir.saglik.gov.tr/TR-449990/hastanemiz-hakkinda.html>

<https://www.tga.gov.tr/turkiyenin-saglik-altyapisi-ve-covid-19-yonetim-sureci/>

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-health-services>

<https://camsakurasehir.saglik.gov.tr/TR-449990/hastanemiz-hakkinda.html>

<https://ronesans.com/>

<https://www.aa.com.tr/>

<https://tr.wikipedia.org>

EKLER

EK-A

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ: 07.07.2021
TOPLANTI SAYISI: 2021-24

KARAR NO: 2021-24-02: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Doktor Programı 180613002 numaralı Murat SOLAK' ın "Pandemi Döneminde Hizmet Kalitesi Algısının Hizmet Alan Memnuniyetine Etkisi: Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Örneği" konulu çalışması hakkında yapılacak anket sonuçlarının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, Etik Kurulumuzun 17.06.2021 tarih ve 2021-22 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ANKET FORMU**Değerli katılımcı;**

Bu anket çalışması, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Prof. Dr. Burhanettin Aykut ARIKAN danışmanlığında Murat SOLAK tarafından Doktora tezi kapsamında yaptığımız “Pandemi Döneminde Hizmet Kalitesi Algısının Hizmet Alan Memnuniyetine Etkisi: Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi Örneği” adlı çalışmanın uygulaması olarak yapılmaktadır.

Bilimsel bir amaç taşıyan bu çalışmada sorulara içtenlikle ve samimiyetle cevap vermeniz araştırmanın geçerliliği ve güvenilirliği açısından son derece önemlidir. Adınızı yazmanıza gerek yoktur. Şimdiden ilginize teşekkür eder, saygılar sunarım.

Hazırlayan : Doktora Öğrencisi Murat SOLAK

Üniversite : İstanbul Gelişim Üniversitesi

Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü

BİRİNCİ BÖLÜM: KİŞİSEL BİLGİ FORMU**1. Hangi yaş aralığındasınız?**

18-44 45-64 65-74 75 ve üstü

2. Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

Bekar Evli

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisansüstü

5. Çalışma durumunuz nedir?

İşsiz Çalışıyor Emekli- Çalışıyor Emekli- Çalışmıyor

6. Gelir düzeyiniz?

Alt Orta Yüksek

1. Hangi yaş aralığındasınız?

18-44

45-64

65-74

75 ve üstü

2. Cinsiyetiniz?

Kadın

Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

Bekar

Evli

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

Lisansüstü

5. Çalışma durumunuz nedir?

İşsiz

Çalışıyor

Emekli-

Emekli-

Çalışmıyor

Çalışıyor

Çalışıyor

6. Gelir düzeyiniz?

Alt

Orta

Yüksek

Yüksek

İKİNCİ BÖLÜM: ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastaneden aldığınız sağlık hizmetinin kalitesine ilişkin birtakım duygular, düşünceler ve davranışlara ait ifadeler verilmiştir. Her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okuduktan sonra, bu ifadelerin sizin algıladığınız kalitedeki önem derecesini liste üzerinde ayrılan alana işaretleyiniz. Lütfen her ifadeyi bir kez işaretleyiniz ve cevaplanmamış hiçbir ifade bırakmayınız.

	BÖLÜM 2: ALGILANAN HİZMET KALİTESİ ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Somut Özellikler	Hizmet aldığım hastane teknolojiye uygun ve çağdaş donanıma sahiptir.					
	Hizmet aldığım hastanenin fiziki koşulları iyidir.					
	Hizmet aldığım hastanenin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.					
Güvenirlilik	Hizmet aldığım hastane hizmetlerini vaat ettiği zamanda yerine getirir.					
	Hastaların bir problemi olduğunda hastane çalışanları güven verici, ilgili ve cana yakındır.					
	Hizmet aldığım hastane kayıt ve faturalama işlemlerinde dürüst ve güvenilirdir.					
Heveslilik	Hastane çalışanları hizmetin tam olarak ne zaman gerçekleşeceğini hastalara açıklar.					
	Hastane çalışanları hizmeti mümkün olan en kısa sürede sunar.					
	Hastane çalışanları hastalara yardım etmeye her zaman hazır, istekli ve gönüllüdür.					
Güven	Hizmet aldığım hastanede hastalar çalışanlarla etkileşimlerinde kendilerini güvende hissederler.					
	Hastane çalışanları kendi alanlarında çok bilgilidirler.					
	Hastane çalışanları hastalara karşı her zaman saygılı ve naziktirler.					
	Hastane çalışanları işlerini iyi yapabilmek için hastane yönetiminden uygun ve yeterli desteği almaktadırlar.					
Empati	Hastane çalışanları her hastayla tek tek ve kişisel olarak ilgilenirler.					
	Hastane çalışanları hastalarla en içten şekilde ilgilenirler.					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : SOLAK, Murat

Uyruğu : TÜRKİYE CUMHURİYETİ

Eğitim

<u>Derece</u>	<u>Eğitim Birimi</u>	<u>Mezuniyet Tarihi</u>
Lisans	Anadolu Üniv.-İşletme	2007
Yüksek Lisans	İstanbul Üniv.-Sbe Hastane Ve Sağlık Yönetimi	2013
Doktora	Gelişim Üniv. -SBE İşletme	2023

İş Denevimi

<u>Yıl</u>	<u>Yer</u>	<u>Görev</u>
2020 -	Başakşehir Çam Sakura Şehir Hastanesi	Koordinatör Müdür Yardımcısı
2013-2020	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü	Uzman/Özel Kalem
2011-2012	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü	Strateji Geliştirme Sor.
2009-2011	Akşam Gazetesi	İş Geliştirme Yön.
2006-2007	Serena A.Ş.	Proje Yöneticisi
2003-2004	Yenibiris.com İnsan Kaynakları	Sistem Analisti
2001-2005	Hürriyet Gazetesi	Proje Yöneticisi
2000-2001	DMS Yazılım	Kurucu Ortak
2000-2001	Star Gazetesi	İnternet Editörü
1998-2000	Sabah Gazetesi-Para Dergisi	Ekonomi Muhabiri

Yabancı Dil : İngilizce (Marmara Üniv.)Yökdil, Yunanca (Orta Düzey)

Seminer, Kongre, Çalıştay Ve Kurslar

- 6. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi Sağlık Turizmi, Sağlık Bakanlığı (2013)
- Sağlık Turizmi Hukuku Kongresi Sağlık Turizmi, İstanbul Üniversitesi (2012)
- Sağlık Turizminde Devlet Teşvikleri Sağlık Turizmi Sağlık Bakanlığı/Ekonomi Bakanlığı (2011)
- Sağlıkın Geliştirilmesi Zirvesi Sağlıkın Geliştirilmesi Ve Teşviği Sağlık Bakanlığı
- Don Peppers, 1e1 Pazarlama Crm Konferanpazarlama Ve Müşteri Hizmetleri Yönetim, Peppers & Rogers Grup (2002)
- İnsan Kaynakları Zirvesi, İnsan Kaynakları Yönetimi Management Centre Türkiye (1999)

Hobiler : Bisiklet, Seyahat ve Orientering ve Mobil Marketing

Diğer : Yüzde 90 Görme Engelli Bir Bireyim.



