

**T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KAMU HASTANELERİNDE HASTA (MÜŞTERİ)
MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: İSTANBUL
İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİNE
BAĞLI KURUMLARA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zeliha KÖSE

**Enstitü Anabilim Dalı : İşletme
Enstitü Bilim Dalı : İşletme Yönetimi**

Tez Danışman: Yrd. Doç. Dr.Funda YALIM

MAYIS-2016

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ


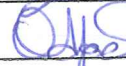

KAMU HASTANELERİNDE HASTA (MÜŞTERİ)
MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: İSTANBUL
İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİNE
BAĞLI KURUMLARA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zelilha KÖSE

Enstitü Anabilim Dalı : İşletme
Enstitü Bilim Dalı : İşletme Yönetimi

“Bu tez 29/05/2016 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Fehri Yolcu	Basarılı	
Yrd. Doç. Dr. Ömer Akpınar	Basarılı	
Yrd. Doç. Dr. Özgür Ergün	Basarılı	

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Zeliha KÖSE

29.05.2016



ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden danışmanım Yrd. Doç. Dr. Funda YALIM'a değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Bu vesileyle yüksek lisans eğitimim sürecinde katkıda bulunan tüm hocalarıma teşekkürlerimi borç bilirim. Son olarak bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme ve aileme şükranlarımı sunar, eğitimimin her döneminde hem de tezimin yazılması sürecinde yanımda olan ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Volkan KÖSE'ye kızlarım Zeynep Ceren KÖSE ve Rana Ceyda KÖSE'ye teşekkür ederim.

Zeliha KÖSE

29.05.2016

KISALTMALAR LİSTESİ	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETLERİ VE HASTANELERİNE GENEL BAKIŞ

1.KAMU HİZMETLERİ	2
1.1. Hizmet Kavramı Ve Özellikleri	2
1.2. Kamu Hizmeti Kavramı ve Özellikleri	4
1.3 Kamu Hizmetine Egemen Olan Temel İlkeler	7
1.3.1 Süreklilik ve Düzenlilik ilkesi	7
1.3.2. Nesnellik ve Eşitlik ilkesi	7
1.3.3. Bedelsizlik ilkesi(Meccanilik)	8
1.3.4.Değişkenlik (Uyum) ilkesi	8
1.4.Kamu Hizmetlerinin Kapsamı.....	9
1.5. Kamu Hizmetlerinin Türleri.....	9
1.5.1.Tekelli – Tekelsiz Kamu Hizmetleri	10
1.5.2. Yürütüldükleri Alana Göre Kamu Hizmetleri.....	10
1.5.3. Yararlanma Biçimlerine Göre Kamu Hizmetleri	10
1.5.4. Faaliyet Konularına Göre Kamu Hizmetleri	11
1.5.4.1.İdari Kamu Hizmetleri	11
1.5.4.2.Ekonomik Kamu Hizmetleri.....	11
1.5.4.3. Sosyal Kamu Hizmetleri.....	12
1.5.4.4.Bilimsel Kamu Hizmetleri.....	12
1.6. Kamu Hizmetlerinin Sunulmasında Kullanılan Yöntemler	12
1.6.1. Emanet yöntemi.....	13
1.6.2. Müşterek Emanet Yöntemi.....	13
1.6.3. İltizam Yöntemi.....	13
1.6.4. Ruhsat-İzin Yöntemi	14
1.6.5.İmtiyaz Yöntemi	14

1.6.6. Yap-işlet-devret yöntemi	14
1.7. Kamu Hizmetlerinde Kalite Kavramı.....	16
1.7.1 Kalite Kavramı	16
1.7.2. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)	17
1.7.3. Kamu Hizmetlerinde Kalite Kavramı.....	18
1.7.4. Kamu Örgütlerinde Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı	19
1.8. Bir Kamu Hizmeti Sağlayıcısı Olarak Kamu Hastaneleri.....	19
1.9. Sağlık Hizmetleri.....	24
1.9.1 Sağlık Kavramı	25
1.9.2. Sağlık Hizmetleri.....	25
1.9.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	26
1.9.4. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları.....	27
1.9.5. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi	28
1.9.5.1. Ulaşılabilirlik Ve Bulunabilirlik	29
1.9.5.2. Hasta Bakım Kalitesi	30
1.9.5.3. Hasta, Personel Ve Doktor İlişkisi.....	30
1.9.5.4. Örgütsel Ve Fiziki Yapı.....	30
1.9.5.5.Devamlılık	30

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

2.1. MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ.....	31
2.1.1. Müşteri Kavramı	31
2.1.1.1. İç Müşteri	32
2.1.1.2. Dış Müşteri	32
2.1.2. Müşteri Memnuniyeti	33
2.1.3. Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	35
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ.....	37
2.2.1. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Kavramı	37
2.2.2. Hasta (Müşteri) Memnuniyeti	39
2.2.3. Hasta (Müşteri) Memnuniyetinin Önemi	44
2.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta (Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler .	
.....	45
2.2.4.1. Personel Hasta Etkileşimi.....	46

2.2.4.2. Doktor Davranışı	46
2.2.4.3. Hemşire Hasta Etkileşimi	47
2.2.4.4. Bilgilendirme	47
2.2.4.5. Beslenme Hizmetleri	47
2.2.4.6. Fiziksel ve Çevresel Koşullar	47
2.2.4.7. Bürokrasi	48
2.2.4.8. Güven	48
2.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Etkileyen Teknik Faktörler.....	48
2.2.5.1. Etkenlik.....	49
2.2.5.2. Etkililik	50
2.2.5.3. Verimlilik	50
2.2.5.4. Optimal Olma	50
2.2.5.5. Kabul Edilebilirlik	51
2.2.5.6. Yasallık.....	51
2.2.5.7. Eşitlik.....	51
2.3. SAĞLIKTA HİZMET SUNUMUNA YÖNELİK GÜNCEL UYGULAMALAR52	
2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	52
2.3.1.1.Sağlıkta Dönüşüm Programının Gündeme Gelme Sebepleri	52
2.3.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hedefleri	54
2.3.1.2.1. Etkililik	54
2.3.1.2.2. Verimlilik.....	55
2.3.1.2.3. Hakkaniyet.....	55
2.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri.....	57
2.3.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri	59
2.3.3.1. Aile Hekimliği Uygulaması.....	59
2.3.3.2. Sevk Zinciri Sisteminin Yapılandırılması	63
2.3.3.3. Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması	65
2.3.3.4. Kamu- Özel Ortaklıklar (Sağlık Kampüsleri)	66
2.3.3.5. Hekim Seçme Hakkı.....	68
2.3.3.6. Hasta Hakları Uygulaması.....	69
2.3.3.7. Evde Bakım Hizmetleri	72

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	
HASTA (MÜŞTERİ) MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	
AÇISINDAN İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELER	
BİRLİĞİNE BAĞLI KURUMLARA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA	
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ	75
3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ.....	76
3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	76
3.4. ARAŞTIRMANIN KISITLARI.....	76
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	76
3.6. ARAŞTIRMANIN BULGULARI	78
3.6.1. Güvenilirlik Analizi.....	78
3.6.2. Demografik Özellikler İle İlgili Bulgular.....	79
3.6.3. Hizmet Alınan Hastane Ve Hizmet Şekli İle İlgili Bulgular.....	80
3.6.4. Hasta(Müşteri) Memnuniyeti İle İlgili Bulgular	81
3.6.5. Bağımsız Örneklem t Testi Ve ANOVA Testi Sonuçları	86
3.6.5.1. ANOVA Testi Sonuçları.....	86
3.6.5.2. t Testi Sonuçları	89
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
KAYNAKLAR	93
EKLER.....	99
ÖZGEÇMİŞ.....	102

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ASKİ	: Ankara Su Ve Kanalizasyon İdaresi
EGO	: Elektrik Gaz Otobüs Genel Müdürlüğü
İZSU	: İzmir Su Ve Kanalizasyon Müdürlüğü
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TÜBA	: Türkiye Bilimler Akademisi
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Kamu Hizmeti Sunum Modelleri.....	16
Tablo 2: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Dallara Göre Dağılımı	22
Tablo 3: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Hizmetlerini Üreten Kurumlar.....	26
Tablo 4: Memnuniyetsizliğe Neden Olan En Önemli Dört Faktör (Türkiye)	44
Tablo 5: Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve Hedefleri	56
Tablo 6: 2002-2012 Yılları Arasında Sağlık Bakanlığının Bünyesindeki Hastane Sayısı	65
Tablo 7: 2014 Yılında Sağlık Bakanlığının Bünyesindeki Hastane Sayısı.....	66
Tablo 8: Kullanılan Ölçeğin Güvenirlilik Analizi	78
Tablo 9: Demografik Özellikler İle İlgili Bulgular	79
Tablo 10: Hizmet Alınan Hastane Ve Hizmet Şekli İle İlgili Bulgular.....	80
Tablo 11: Hasta (Müşteri) Memnuniyeti İle İlgili Bulgular	81
Tablo 12: Hasta (Müşteri) Memnuniyeti İle İlgili Bulgular (ort. ve standart sapma) .	85
Tablo 13: Yaş-Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)	86
Tablo 14: Eğitim Durumu-Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)	87
Tablo 15: Gelir Durumu- Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)	88
Tablo 16: Hizmet Alma- Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)	88
Tablo 17: Cinsiyet- Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)	89
Tablo 18: Medeni Durum- Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)	89

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Kamu Hastane Ve Diğer Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Sayısı Ve Uzmanlık Durumu	23
Şekil2: Kamu Hastane Ve Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Sayısı Ve Görevler	23
Şekil 3: 2013 Verilerine Göre Kamu Ve Özel Sektörün Toplam Sağlık Harcaması (milyon TL)	24
Şekil 4: Sağlık Kurumlarında İç Ve Dış Müşteriler	38
Şekil 5: Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, (%).....	41
Şekil 6: Yıllara Göre AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%)43	
Şekil 7: Sağlık Hizmetinin Kalitesinin Yedi Bileşeni	49
Şekil 8: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler.....	63
Şekil 9: Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Hızı, (%), Sağlık Bakanlığı .	64
Şekil 10: Hekim Seçme Hakkı Tanınan Hastane ve ADSM Sayısı	69

Tezin Başlığı: Kamu Hastanelerinde Hasta (Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler: İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneler Birliğine Bağlı Kurumlara Yönelik Bir Araştırma

Tezin Yazarı: Zeliha KÖSE

Danışman: Yrd.Doç.Dr.Funda YALIM

Kabul Tarihi: 29 Mayıs 2016

Sayfa Sayısı: ix (ön kısım) + 107(tez)

Anabilimdalı: İşletme

Bilimdalı: İşletme Yönetimi

ÖZET

Günümüz küresel rekabet koşullarında, hizmet sektör kapsamında ele alınacak sağlık hizmetleri, hasta (müşteri) memnuniyeti açısından tartışılmaz derecede önemlidir. Bu anlamda sağlık hizmetlerini sunan kamu ve özel hastaneler bu konunun önemi üzerinde durmalı ve müşteri memnuniyetini arttırabilmek için yeni uygulamalar geliştirmelidirler.

Bu çerçevede hazırlanan bu çalışmada özellikle kamu hastanelerinde hasta memnuniyeti “hastane çalışanlarının tutum ve yaklaşımları”, “hizmet şekli ve süreci”, “ulaşılabilirlik”, hastanenin fiziki görünümü”, hijyeniklik” vb. gibi alt kavramlar çerçevesinde incelenmiştir. Çalışmanın uygulama kısmında ise İstanbul ili Bakırköy Bölgesi, Kamu Hastaneler Birliğine Bağlı Kurumlar’ın (hastaneler) hastaları üzerinde anket çalışması uygulanmış ve anket çalışmasından elde edilen veriler SPSS paket programı kapsamında istatistiksel analiz şeklinde yorumlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hasta (Müşteri), Kamu Hizmetleri, Sağlık Hizmetleri, Müşteri Memnuniyeti

Title of the thesis: The factors affecting the patient(customer) satisfaction in the public hospital, Research towards the institutions affiliated to Istanbul province Bakırköy districts public hospitals association

Submitted by: Zeliha KÖSE

Advisor: Assist Prof. Dr.Funda YALIM

Acceptance date 29 May 2016

Total pages: ix + 107

Department: Business Management

Science: Business Management

ABSTRACT

In today's global competitive global conditions, health care that will be handled as part of the service sector is vital regarding patient (customer) satisfaction. In that sense, public and private hospitals providing health service should dwell on the importance of this subject and develop new marketing strategies to increase the customer satisfaction.

This study prepared within this framework has been investigated in the sub-concepts framework such as especially patient satisfaction in the public hospitals, attitude and approach of the hospital staffs, service type and process, accessibility, physical appearance of the hospital, sanitation, etc. In practice part of the study, a questionnaire has been conducted on the customers of the hospitals affiliated with Istanbul Province Bakırköy district public hospitals Association and the data obtained in the survey have been interpreted in the form of statistical analysis within the scope SPSS package.

Key words: patient (customer), public services, health care, customer satisfaction

GİRİŞ

Çalışmanın Konusu:

“Kamu Hastanelerinde Hasta (Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler: İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneler Birliğine Bağlı Kurumlara Yönelik Bir Araştırma”

Çalışmanın Önemi:

Hizmet sektörü kapsamında ele alınabilecek sağlık sektöründe sadece özel hastaneler kapsamında değil kamu hastaneler kapsamında da rekabet ortamı çeşitli şekillerde kendini göstermektedir. Dolayısıyla müşteriler (hastalar), bu kurumlar arasında taleplerini en iyi karşılayanları tercih etmektedirler. Bu durum ise sağlık sektöründe faaliyet gösteren bütün hastanelerin hizmet sunumlarını etkilemekte ve onların hizmetlerini farklılaştırmalarını sağlamakta sonuç olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaktadır.

Çalışmanın amacı:

“Kamu Hastanelerinde Hasta (Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler: İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneler Birliğine Bağlı Kurumlara Yönelik Bir Araştırma” adlı bu çalışmanın amacı sağlık sektöründe bu denli olan hizmet sunumu ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin araştırılmasıdır. Bu amaçla çalışma üç bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde, kamu hizmetleri, kamu hastaneleri ve sağlık hizmetleri kavramları ayrıntılı olarak incelenmiştir.

İkinci bölümde, müşteri memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinin sunumunda güncel uygulamalar kavramları ele alınmıştır.

Üçüncü ve son bölümde hasta (müşteri) memnuniyetini etkileyen faktörler açısından İstanbul ili Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurumlara yönelik anket çalışması uygulanmış ve sonuçları SPSS paket programı kapsamında tablolar halinde yorumlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMU HİZMETLERİ VE HASTANELERİNE GENEL BAKIŞ

1.KAMU HİZMETLERİ

1.1. Hizmet Kavramı Ve Özellikleri

Hizmet çok kolay tanımlanabilen ve anlaşılabilen bir kavram değildir. Literatürde hizmet ile ilgili çok çeşitli tanımlar yer almaktadır.

Hizmetler, başlı başına soyut ve kendi başlarına düşünülebilecekleri gibi; bir fiziksel malın uzantısı ya da bir fiziksel malla beraber de düşünülebilmektedir. Örneğin; eğitim tek başına bir hizmet faaliyeti olarak düşünülebileceği gibi, fiziksel bir mal olarak klima ve klimanın kullanılacağı yere monte edilmesi için alınan hizmeti, malla birlikte alınan bir hizmet olarak düşünmek mümkündür.

Diğer bir tanımlamaya göre ise hizmet, tüketicilerin yaşantılarından kaynaklanan ve çoğunlukla fiziksel olmayan sorunlarını çözmeye ya da çözümünü kolaylaştıran sistemler, faaliyetler ve faydalar toplamıdır¹.

Hizmet; fiziksel varlığının olmaması (soyutluk), üretimle tüketimin birbirinden ayrılmaz olması (ayrılmazlık), değişkenlik ve dayanıksızlıktır².

Hizmetler, genel olarak dört ana grup altında toplanmaktadır³:

- Dağıtım Hizmetleri,
- Üretici Hizmetleri (mal üretenlere hizmet sunan alanlar),
- Sosyal Hizmetler (kişilere toplu olarak sunulan hizmetler),
- Kişisel Hizmetler (kişilere özel hizmetler).

¹ A. İslamoğlu, Candan, B.H., Hacıefendioğlu, Aydın, K., **Hizmet Pazarlaması**, İstanbul: Beta Yayınları, 2006, s.18

² İsmet Mucuk, **Pazarlama İlkeleri**, İstanbul: Türkmen Kitabevi, 2004, s.287

³ K. Karahan, **Hizmet Pazarlaması**. İstanbul: Beta Yayınları, 2000, s.4

Hizmetlerin fiziki mallardan farklı olduğu, birçok akademisyen tarafından vurgulanmıştır. Hizmetlerin farklı olduğu noktaların çok iyi anlaşılması, hizmet işletmelerinin kendilerine has üretim, yönetim ve pazarlama stratejilerini belirlemelerinde kolaylıklar sağlayacaktır. Hizmetlerin içerikleri ve mallardan ayıran bazı nitelikleri sebebiyle hizmet pazarlaması faaliyetleri de farklı özellikler arz etmektedir. Hizmetlerin dört temel özelliği aşağıda ki gibi ifade edilmektedir ⁴:

Hizmetler soyuttur

Hizmetlerin soyutluk özelliklerinin pazarlama açısından bir takım sonuçlar doğurduğu bir gerçektir. Bu sonuçlar⁵:

- Hizmetler stoklanamaz, dolayısıyla talepteki dalgalanmaların yönetilmesi zordur,
- Hizmetlerin patenti zordur, dolayısıyla yeni kavramlar rahatça taklit edilebilir,
- Hizmetler kolayca sergilenemez,
- Somut olmadıkları için kalitelerinin değerlendirilmesi müşteri açısından zordur,
- Hizmet reklamlarında ve diğer tutundurucu çabalarda nelerin kapsanacağı hakkındaki kararlar fiyatlama da olduğu gibi zordur,
- Bir birim hizmetin fiili maliyetini belirlemek ve fiyat / kalite ilişkileri karmaşıktır.

Hizmetler ayrılmazdır

Birçok mamül önce üretilmekte, bir süre stoklanıp daha sonra tüketilmektedir. Hizmet ise, bunun aksine aynı anda üretilmekte ve tüketilmektedir. Hizmet sunulurken müşteri, sunum yerindedir. Hatta müşteri üretimde dahi rol alabilmektedir. Bu sayede müşteri, deneyimleri ile hizmeti yönlendirmektedir

⁴ Russell Wolak, Stavros Kalafatis and Patricia Harris, An Investigation Into Four Characteristics of Services, **Journal of Empirical Generalisations in Marketing Science**, Volume Three 1998, s.25-27

⁵ S.Ayşe Öztürk, **Hizmet Pazarlaması**. 4. Baskı. İstanbul: Ekin Kitabevi, 2003, s. 9

Hizmetler heterojendir

Hizmetlerin heterojen olması birbirlerine benzememeleri demektir. Bu özelliklerinden dolayı hizmetleri, standartlaştırmak olanaksız olmasa da az rastlanan bir durumdur. Diğer bir ifade ile hizmetlerin kalitesi ve içerikleri, hizmeti yaratan bir diğerine hatta günden güne değişip farklılık gösterebilmektedir. Bu sebeple, hizmetin kalitesini kontrol etmek, sürekliliğini ve performansını önceden kesin olarak çözmek zordur.

Hizmetler dayanıksızdır

Hizmetlerin dayanıksızlık özelliği, soyutluk özelliğinin de sonuçlarından biri olarak değerlendirilebilmektedir. Hizmetleri mallardan ayıran bu özellik, hizmetlerin mallar gibi stoklanamayacağını açıklamaktadır. Hizmetler üretildikleri anda tüketilmelidir. Hizmetlerin bekletilmesi olanaklı olsa da, gereksinimin anlık olması nedeniyle ertelenen hizmet tüketiciye yarar sağlamamaktadır.

1.2. Kamu Hizmeti Kavramı ve Özellikleri

Toplumların zorunlu ihtiyaçlarına yönelik hizmetler, içinde yaşanan ekonomik, siyasi ve mali koşullardan sürekli etkilenmektedir. Toplumların bu ihtiyaçlarının karşılanmaması ve bunların aksatılması toplumdaki kamusal yaşantının bozulmasına da yol açmaktadır. Dolayısıyla bu hizmetlerin belirli bir otorite tarafından karşılanması gerekmektedir. Bu ihtiyaçların karşılanması ile ilgili olarak devlet her dönemde görev üstlenmiştir.

Toplumların kamu hizmetlerine olan talepleri; sanayileşme, kentleşme, nüfus hareketleri, çevresel sorunlar, devlet anlayışının değişimi, sosyal ve kültürel değişimler, teknolojinin gelişmesi, haberleşme ve iletişim olanaklarının çeşitlenmesi gibi nedenlerle sürekli olarak artmaktadır⁶.

Kamu yönetimi faaliyetleri genel olarak ulusal ve yerel yönetim şeklinde ele alınmaktadır. Vatandaşların günlük yaşantılarıyla ilgili işlerin çoğu yerel yönetimler (örneğin belediyeler) tarafından yerine getirilmektedir. Vatandaşları genel olarak

⁶ Aytuğ Altın, Kamu Hizmeti Anlayışında Değişim, **Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt:1 Sayı:2 Aralık: 2013, s.102

ilgilendiren faaliyet ve işlemler ise daha çok ulusal yönetim (merkezi yönetim) tarafından karşılanmaktadır.

Kamu hizmeti değişken bir kavram olmakla birlikte merkezi idarenin ağırlıklı olduğu (Fransa ve Türkiye gibi) ülkelerde bu kavram birbirine oldukça yakın anlamlar içermektedir. Buna göre kamu hizmeti: Devlet veya diğer kamu tüzel kişileri tarafından veya bunların gözetim ve denetimi altında genel, kolektif ihtiyaçları karşılamak, kamu yararını sağlamak için kamuya sunulmuş olan devamlı ve muntazam faaliyetlerdir⁷.

Kamu hizmeti devletin varlık nedeni olarak görülmektedir. Kamu hizmeti idari faaliyetin etrafında cereyan etmekte ve idarenin yapmakla yükümlü olduğu bir faaliyet olarak kabul edilmektedir. Ancak belirsiz bir kavram olan kamu hizmeti kavramı ile devleti bu şekilde tarif etmek günümüz şartlarında farklı değerlendirmelere yol açabilir. Eğer devlet kamu hizmeti sunmak için var ise ve varlığı kamu hizmetine dayandırılıyorsa, sunduğu kamu hizmetleri ölçüsünde varlığı kabul edilecektir. Yeterli kamu hizmeti sunmadığı zaman yetersiz bir devlet, çok ve etkili hizmet sunabiliyorsa güçlü devlet, niteliksiz ve az hizmet sunabiliyorsa zayıf devlet sonuçları ortaya çıkabilir⁸.

Bu tanımların yanı sıra kamu hizmeti kavramı organik, maddî ve şekli açılarından da tanımlanmaya çalışılmıştır. Buna göre, organik açıdan kamu hizmeti, bir görevi yürütmek için, bir kamu tüzel kişisi tarafından tahsis edilmiş ajan ve malî araçların bütünüdür⁹. Maddî açıdan kamu hizmeti, giderilmesinde kamu yararı bulunan, toplumsal bir gereksinmeyi karşılayan faaliyet olarak tanımlanmaktadır. Şekli açıdan kamu hizmeti ise, giderilmesinde kamu yararı bulunan bir toplumsal gereksinmeyi karşılamak amacıyla, kamu tüzel kişileri veya onların gözetim ve denetimi altında özel girişim tarafından özel bir hukukî rejim içerisinde yürütülen faaliyetler olarak tanımlanmıştır¹⁰.

Kamu hizmeti ile ilgili olarak, temelde üç yaklaşımdan söz edilebilir;

⁷ Özcan Sezer, Tarık Vural, Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Devletin Değişen Rolü ve Merkezi Yönetim ile Yerel Yönetimler Arasında Yetki ve Görev Paylaşımı, **Maliye Dergisi**, Sayı 159, Temmuz-Aralık 2010, s.204

⁸ Özcan Sezer, Kamu Hizmetlerinde Müşteri (Vatandaş) Odaklılık: Türkiye’de Kamu Hizmeti Anlayışı Açısından Bir Değerlendirme, **ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 4, Sayı 8, 2008, ss. 147-171. S.149

⁹ İsmet Giritli, Perteve Bilgen, Tayfun Akgüner, Kahraman Berk, **İdare Hukuku**, Der Yayınları, İstanbul, 2011. S.1016, Alıntı, Mustafa Avcı, İdarenin Kamu Hizmeti Faaliyetlerinde Daralma Ve Dönüşüm: Özelleştirme Ve Regülasyon, **TAAD**, Yıl: 5, Sayı: 16 (Ocak 2014)

¹⁰ Metin Günday, **İdare Hukuku**, 10.Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara, 2011. S.330, Alıntı, Avcı, a.g.e., S. 108

İktisadi Nedensellik Olarak Kamu Hizmeti; bu yaklaşıma göre piyasa mekanizması, kamusal malların karşılanması etkilili bir biçimde kaynak ayırımını yapamamakta ve bu malları etkili bir biçimde temin edememektedir. Bu da kamu kesiminin varlık sebebini oluşturmaktadır.¹¹

Devletin İşlevleri Olarak Kamu Hizmeti; tüm kamu hizmetleri organik olarak devletle bağlantılıdır. Hizmet, özel kesim tarafından üretilse de devletin içsel denetim yükümlülüğü ve uygulanan kamusal usuller nedeni ile hizmetle devlet arasındaki bağlantı devam edecektir. Büründüğü somut biçim ne olursa olsun devlet; üretici güçleri korumak, egemen üretim ilişkilerini korumak ve bu iki işlevi yerine getirirken de toplumsal karşıtlıkların üzerinde yer alarak güçlü olmak şeklinde beliren üç işlevi yerine getirecektir.¹²

Devletin Yarattığı İşlevler Olarak Kamu Hizmeti; Kamu hizmeti hukuki bir yöntem olup, ayrıca ihtiyaçların giderilmesi hususunda kullanılan tek yöntem de değildir. Yöntemlerden sadece biridir. Böylece, kamu hizmeti ortak ihtiyaçların görülmesi hususunun üzerine kurulmaktadır. Kamu hizmeti kavramı, ortak ihtiyaçların karşılanması ve bunun için izlenen yöntemlerin üzerine inşa edilmiş bulunmaktadır.¹³

Kamu hizmetleri nitelikleri itibariyle özel sektör kuruluşlarınca üretilen mal ve hizmetlerden farklılık göstermektedir. Bu açıdan hem özel sektörden farklılığı hem de kamu hizmetlerinin özelliklerini şu şekilde özetlemek mümkündür¹⁴:

- Kamu hizmetleri, özel kesimde üretilen mal ve hizmetlerde olduğu gibi kar amacıyla değil, vatandaşların ortak toplumsal ihtiyaçlarını karşılamak üzere sunulur.
- Özel kesimde mal ve hizmet üretimi rekabet ortamında yapılırken, kamu kuruluşlarınca sunulan hizmetler prensip itibariyle tekel nitelikli olduklarından devletin bu açıdan rakibi yoktur.
- Özel sektörde firmalar, üretim alanlarını ve ürün niteliğini belirlerken, belli bir müşteri grubunu esas almak suretiyle uzmanlaşmaya gidebilirler. Kamu

¹¹Onur Karahanoğulları, **Kamu Hizmeti (Kavramsal Ve Hukuksal Rejim)**, Turhan Kitabevi, Ankara: 2002. S. 10

¹²Karahanoğulları, s.20

¹³Karahanoğulları, s.41

¹⁴Sezer, s. 108

hizmeti veren kuruluşlar ise bir hizmeti verirken birden çok hedef grubunu göz önünde bulundurmamak zorundadırlar.

- Özel kesimde yer alan firmalar, genellikle insanların maddi ihtiyaçlarıyla ilgili olan ve çeşitli yönleriyle ölçülebilir somut nitelikli mal ve hizmetler ürettikleri halde, devletin yerine getirmek zorunda olduğu kamu hizmetlerinin somut mamullere dönüştürülebilmesi, diğerleri gibi niteliksel ve niceliksel ölçümlere konu olabilmesi ve sonuçlarının değerlendirilebilmesi güçtür.
- Özel kesim, mal ve hizmet üretimini müşterilerin istekte bulunması halinde ve onun ihtiyaçlarına göre yapar. Topluma sunulan kamu hizmetlerinin kullanımı ve tüketimi ise kamu hizmetlerinin özellikleri dolayısıyla vatandaşların istek ve beklentilerine aynı oranda uygun düşmeyebilir.

1.3 Kamu Hizmetine Egemen Olan Temel İlkeler

Kamu hizmetinin ortaya çıkış nedenlerine bağlı olarak bir takım özellikleri vardır. Bu özellikler süreklilik ve düzenlilik ilkesi, nesnellik ve eşitlik ilkesi, bedelsizlik ilkesi ve değişkenlik (uyum) ilkesidir.

1.3.1 Süreklilik ve Düzenlilik ilkesi

Süreklilik ilkesi hizmetin, karşıladığı toplumsal ihtiyacın durumuna uygun olarak yerine getirilmesini ifade eder. Kamu hizmetleri, yerine getirilmeleriyle kamu yararını sağladıkları için, sürekli ve düzenli bir biçimde yürütülmelidir.¹⁵ Süreklilik ve düzenlilik ilkesi bir bakıma devletin sürekliliğine de vurgu yapar. Fakat devamlılık kesintisiz olmak demek değildir.¹⁶

Ulusal savunma, iç güvenlik ve acil yardım hizmetleri gibi temel hizmetlerde süreklilik, "kesintisizliğe" olmakta, diğer hizmetlerde ise süreklilik "işleyişteki düzenliliği" ifade etmektedir.

1.3.2. Nesnellik ve Eşitlik ilkesi

Kamu hizmetleri bireysel ihtiyaçlardan ziyade toplumsal ihtiyaçların karşılanması için yürütüldüklerinden, devlet bu hizmetleri yürütürken nesnel davranmak tarafsız

¹⁵ Günday, s.286

¹⁶ Hatike Koçar, **Yerel Yönetimlerde Kamu Hizmet Sunum Yöntemlerinde Değişim İzmir Büyükşehir Belediyesi Örneği**, Süleyman Demirel Üniversitesi, 2014 Yüksek Lisans Tezi, S.6

ve her vatandaşa eşit davranmak zorundadır.¹⁷ Bu nedenle bireyler de kamu hizmetleri karşısında gerek yararlanma ve gerekse katılma yönünden eşit durumdadır. Ayrıca kamu hizmetinin getirdiği yükümlülükler bakımından da bireyler arasında fark gözetilmez. Eşitlik ilkesi, bireylerin kendi aralarındaki ilişkilerinde eşit olduklarını anlattığı gibi, devletin hukuk yapıcısı ve uygulayıcısı olarak bireylere yansız davranması gerektiğini de ifade eder.¹⁸

1.3.3. Bedelsizlik ilkesi (Meccanilik)

Bedelsizlik ilkesi kamu hizmetlerinde temel bir ilke değildir; ancak anayasa da belirtilen usullerde ve kanunlarla öngörülen kamu hizmetleri için geçerli ilkedir. Örneğin sınai ve ticari kamu hizmetlerinin bedelsizliği söz konusu olmaz iken idari kamu hizmetlerinin ise bedelsizliği söz konusudur.¹⁹

Kamu hizmetleri karşılığı yararlananlardan hiç para alınmaması idare hukukunun kamu yararı ile birlikte anılan temel ilkelerinden biridir. Bu kavramın günümüzdeki kamu hizmetleri açısından bir anlam taşımaması nedeniyle “kamu hizmetlerinden yararlanma bedelsizdir” şeklinde bir anlatımla bunlardan yararlanma karşılığı alınan paranın niteliği vurgulanmaktadır. Kamu hizmetlerinden yararlanma karşılığı ödenen paranın hukuksal niteliği ne olursa olsun vurgulanması gereken husus bunun bir fiyatı olmadığına anlaşılması gerektiğidir.²⁰

1.3.4. Değişkenlik (Uyum) ilkesi

Değişkenlik ve uyum ilkesi kamu hizmetleri sunulurken çağın teknik ve bilimsel gelişmelerine ve değişen kamu ihtiyaçlarına uyum sağlamak olarak tanımlanabilir. Devletin sürekliliği ilkesi onun doğal uzantılarının da sürekli olmasını gerekli kılar. Bu ilke kamu hizmetlerinin uygulanmasında toplumsal ihtiyaçların dikkate alınması ve bu kapsamda hizmet sunulmasını kapsamaktadır.²¹ Bu nedenle kamu hizmetlerinin örgütlenme ve işleyişinde yeni yöntemlere araç-gereç ve düzenlemelere derhal yer verilmelidir. Değişkenlik ilkesi pek çok İdare Hukuku ilke ve kuralının varlık nedenidir. Örneğin kamu imtiyaz sözleşmelerinde İdareye tanınan

¹⁷ Metin Günday, **İdare Hukuku**, 9. Baskı, Ankara, İmaj Yayınevi, 2004.S.299

¹⁸ Andrew HEYWOOD, *Siyaset Teorisine Giriş*, çev. Murat KÖSE, New York: Palgrave Macmillan, 2004.

¹⁹ Kemal Gözler, Gürsel Kaplan, **İdare Hukuku Dersleri**, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 11. Basım, Bursa, Ekim, 2011, s.543

²⁰ İlhan Özay, **Günışığında Yönetim**, İstanbul, Alfa, 1994. s.255

²¹ Ender Ethem Atay, **İdare Hukuku**, Turan Kitabevi, 3. B, Ankara, 2012, . s. 582.

tek yanlı değişiklik yapma yetkisinin varlık nedeni de gene değişkenlik ve uyum ilkesidir.²²

1.4.Kamu Hizmetlerinin Kapsamı

Devlet, teknik, sosyal, kültürel, bilimsel ve ekonomik alanlarda toplumun ihtiyaç duyduğu tüm konularda çeşitli hizmetler üretmek durumundadır. Bu durum siyasi otoritenin ortaya çıktığı en eski dönemlerden beri tartışılan ve günümüze gelene kadar birçok aşamadan geçmesine rağmen genel konular olarak pek değişmeyen bir takım temel hizmetlerin tartışılmasına yol açmıştır.

Bu hizmetlerin en başında sağlık güvenlik ve vatandaşların eğitimi gibi konular gelmektedir. Tabii ki devletin kamuya sağlamak durumunda olduğu hizmetler bunlarla sınırlı kalmamakta ve günümüzün teknolojik imkânlarından da faydalanarak kapsamını artırmaktadır.

Küreselleşme sürecini yaşayan çağımızda, halkın beklenti ve ihtiyaçlarına cevap verme görevinde olan kamu ve yerel yönetimleri, giderek yeniden yapılanma ve etkinliğin artırılması çalışmalarına gereksinim duymaktadır.

Küreselleşme ile birlikte, yönetim anlayışları değişmekte ve bu değişim beraberinde yeni değerleri ortaya çıkarmaktadır. Bu yeni değerler, müşteri (vatandaş) için ürün kalitesini geliştirme, hizmet, çevrim zamanının ve maliyetlerin azaltılması olarak özetlenebilir.

1.5. Kamu Hizmetlerinin Türleri

Kamu hizmetleri literatürü oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır. Bu sebeple pek çok sınıfa ayrıldığı görülmektedir. Aşağıda kamu hizmetlerinin türleri genel olarak kategorize edilmiştir²³.

- Tekelli- Tekelsiz Kamu Hizmetleri,
- Yürütüldükleri Faaliyet Alanına Göre Kamu Hizmetleri,
- Bireylerin Yararlanma Biçimlerine Göre Kamu Hizmetleri,
- Doğrudan doğruya ve bireysel yararlanmaya göre kamu hizmetleri

²² Metin Günday, **İdare Hukuku**, Ankara, İmaj Yayınevi, 2000.S.287

²³ Ed. Erdem, Adem, E.- Levent, **İdare Hukuku Konu Anlatımlı Kitabı**, Ankara, Yargı Yayınevi, 2012.

- Dolaylı ve birlikte yararlanma sağlayan kamu hizmetleri
- Faaliyet Konularına Göre Kamu Hizmetleri,
- İdari kamu hizmetleri,
- İktisadi kamu hizmetleri,
- Sosyal kamu hizmetleri,
- Bilimsel kamu hizmetler,
- Kültürel kamu hizmetleri olarak sayılabilir.

1.5.1. Tekelli – Tekelsiz Kamu Hizmetleri

Kamu hizmeti konusunu oluşturan faaliyetlerin direkt olarak ve sadece devlet tarafından yürütülmesi durumunda bu hizmetler “Tekelli” kamu hizmeti olarak nitelendirilir.²⁴ Buna verilebilecek en iyi örnek posta, telgraf telefon gibi hizmetlerdir. Kamu hizmetinin konusunu oluşturan faaliyet özel kesim ile birlikte yürütülüyorsa tekelsiz kamu hizmetleri söz konusu olmaktadır. Tekelsiz kamu hizmetlerine örnek olarak ise; eğitim hizmetleri, sağlık hizmetleri verilebilir.²⁵

1.5.2. Yürütüldükleri Alana Göre Kamu Hizmetleri

Kamu hizmetleri, yürütüldükleri faaliyet alanına göre milli kamu hizmetleri ve mahalli kamu hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Milli kamu hizmetleri tüm ülke genelinde faaliyet gösterilirken, mahalli kamu hizmetleri, belli bir yöre halkının yararlanmasına sunulmuş hizmetlerdir. Sağlık, demir yolu milli kamu hizmeti iken, ASKİ, EGO, İZSU gibi hizmet sağlayıcıların verdiği hizmetler mahalli nitelikte kamu hizmetleridir.²⁶

1.5.3. Yararlanma Biçimlerine Göre Kamu Hizmetleri

Kamu hizmetleri yararlanma biçimlerine göre de ayrılmaktadır. Eğitim sağlık gibi alanlarda faaliyet gösterilen kamu hizmetleri doğrudan doğruya ve bireysel yararlanma sağlayan kamu hizmetleridir. Kamu hizmetlerini bireyler idare ile tek tek ilişki kurmak yoluyla alırlar. Örneğin; sağlık, eğitim gibi.²⁷

²⁴ Atay, s.590

²⁵ Atay, s.590

²⁶ Koçar, s.19

²⁷ Günday, s.301

Dolaylı ve birlikte yararlanma sağlayan kamu hizmetleri ise idare ile doğrudan ilişkiye girilmeden, dolaylı olarak gerçekleştirilir. Bu duruma örnek olarak imar faaliyetleri verilebilir.

1.5.4. Faaliyet Konularına Göre Kamu Hizmetleri

Faaliyet konularına göre kamu hizmetleri beş alt başlık altında incelenmektedir. Bunlar;

1.5.4.1.İdari Kamu Hizmetleri

İdari kamu hizmetleri geleneksel olarak idare tarafından kamu hukukuna uygun olarak yürütülen milli savunma, tapu ve kadastro, bayındırlık gibi hizmetlerdir.²⁸

Bu hizmetler devletin eskiden beri yürütmüş olduğu faaliyetlerdir. Savunma, adalet, eğitim, ulaştırma gibi faaliyetler idari kamu hizmetlerindedir. Bu hizmetlerin yetkileri, usulleri, personeli, mal ve paraları Kamu Hukuku rejimine tabidir. Bu hizmetlere ilişkin işlem ve eylemlerden doğan uyuşmazlıklar idari yargıda çözümlenir.

1.5.4.2.Ekonomik Kamu Hizmetleri

Bu hizmetler çoğu kez özel teşebbüs faaliyetleri ile yan yana yürütüldüklerinden, sınai ve ticari kurallara göre faaliyet göstermektedir. Bu nedenle, ekonomik kamu hizmetleri, işleyişleri ve dış ilişkileri yönünden esas itibariyle özel hukuk kurallarına tabidirler. Bununla beraber, iktisadi kamu hizmetleri bazı unsurları ve amaçları yönünden özel teşebbüs faaliyetlerinden farklıdır. Bu kamu hizmetleri kanunla veya kanunun açıkça verdiği yetkiye dayanılarak bir idari işlem ile kurulurlar. Malları devletçe veya kamu tüzelkişilerince sağlanır ve kamu malı niteliğindedir. Personelinin bir bölümü İdare ajanıdır.²⁹ Tüm bunlardan da önemlisi bu hizmetler her ne kadar kârlılık ve verimlilik esaslarına göre yürütülmekte ise de bu hizmetlerin asıl amacı kâr elde etmek değil ve fakat toplumsal gereksinimleri karşılamak suretiyle kamu yararını sağlamaktır.³⁰

²⁸ Aytuğ Altın, Kamu Hizmeti Anlayışında Değişim, **Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 2013, Cilt:1 Sayı:2 S.106

²⁹ İdare Hukuku, <http://www.turkhukusitesi.com/> <http://goo.gl/o5zgd7>

³⁰ Editör Erdem, s. 85.

1.5.4.3. Sosyal Kamu Hizmetleri

Sosyal devlet ilkesinin doğal bir sonucu olarak devlet vatandaşlarına asgari bir hayat sağlamalıdır. Bu sebeple sosyal güvenlik kuruluşları kurmak devletin temel görevleri arasındadır. Anayasanın 5. Maddesinde de bu konuya değinilmiştir. İdarenin çalışma hayatı, sosyal güvenlik, emeklilik, yoksullara yardım gibi hizmetleri bu kapsamdadır.³¹ Sosyal kamu hizmetlerinden bir kısmı Devletin tekeli altındadır. Örneğin, iş ve işçi bulma hizmetleri. Buna karşılık, sosyal kamu hizmetlerinin bir kısmı ise özel teşebbüs ile beraber yürütülmektedir. Örneğin, işçilerin sosyal güvenlik işleri ile özel sigorta şirketlerinin yaptıkları hastalık, kaza ya da hayat sigortaları arasında büyük benzerlik vardır.³²

1.5.4.4. Bilimsel Kamu Hizmetleri

İdarenin araştırma geliştirme ve bilimsel konulardaki faaliyetleridir. TÜBİTAK, TÜBA ve üniversiteler bu niteliktedir. Bu türeden hizmetler idari nitelikteki hizmetler kadar dar bir çerçevede yürütülemeyeceği için özerk kuruluşlar ve bağımsız personel aracılığı ile yürütülürler.³³

Kültürel Kamu Hizmetleri; İdarenin müzik tiyatro opera gibi alanlardaki faaliyetleridir. Gerek bilimsel kamu hizmetleri olsun gerekse de kültürel kamu hizmetleri olsun daha özer kuruluşlar, bağımsız personel ve daha serbest usuller ve işleyişler öngörmüştür.³⁴

1.6. Kamu Hizmetlerinin Sunulmasında Kullanılan Yöntemler

Sosyal devlet yukarıda belirtildiği üzere kamunun ihtiyacı olan tüm alanlarda hizmet üretmek ile mükelleftir. Bu faaliyetler günümüzde bizzat devlet tarafından yürütülebildiği gibi, devletin hizmet aldığı özel kişiler tarafından da yürütülmektedir. Kamu hizmetlerinin devlet tarafından yerine getirilme usulüne emanet usulü adı verilmektedir. Bunun dışındaki hizmetlerin özel kişilere gördürülmesi müşterek emanet, iltizam, ruhsat, imtiyaz, yap-işlet-devret yöntemleriyle yapılmaktadır.³⁵

³¹ Editör Erdem, s. 85.

³² İdare Hukuku, <http://www.turkhukuk sitesi.com/> <http://goo.gl/o5zgd7>

³³ İdare Hukuku, <http://www.turkhukuk sitesi.com/> <http://goo.gl/o5zgd7>

³⁴ Günday, s. 304.

³⁵ Altın, s.106

1.6.1. Emanet yöntemi

Kamu hizmetlerinin doğrudan doğruya bir kamu tüzel kişisi tarafından, belirlenen hizmet için ayrılan personel, araç, bütçe ile yerine getirilmesidir. İdare hukukunun geçerli olduğu emanet yönteminde işbölümü ilkesi gereği hizmet bakanlıklar, belediyeler, il özel idareleri, köyler ve çeşitli kamu kurumları eliyle görülmektedir.³⁶

1.6.2. Müşterek Emanet Yöntemi

Müşterek emanet yöntemi idare tarafından kurulmuş bulunan bir hizmetin ya da kuruluşun özel kişilere gördürülmesi yöntemidir. Bu yöntemde hizmeti gören özel kişi, hizmetin giderlerini hizmetten yararlanarlardan aldığı ücretlerle karşılamakta ve artı bir kazanç elde ettiğinde de bu kazancı idare ile paylaşmaktadır.³⁷

1.6.3. İltizam Yöntemi

Bir hizmetin idare tarafından belirli bir bedel karşılığında kişi ya da kişilere gördürülmesi yahut belirli malın teslimi konusunda yapılan sözleşmeye mali iltizam sözleşmesi denmektedir.³⁸ Bu hizmeti gören kişiye de mültezim denir. Bedel, herhangi bir ücret olabileceği gibi kazanç da olabilir. Kamu hizmetinin bu şekilde ücretle gördürülmesine iltizam sözleşmesi denir.

Bu yönteme daha çok Osmanlı devletinde aşar vergisi toplatılması alanında rastlanıyor olsa da Cumhuriyet döneminde, vergi tahsilinde kullanılamaz olmuş, sadece göl ve nehirlerle deniz kıyılarındaki Hazineye ait dalyan ve volilerden yararlanmak ve bir de Devlet tekelinde bulunan reasürans (mükerrer sigorta) hakkını işletmek hususunda başvurulmuş bir muameledir. Günümüzde iltizam usulü kullanılmamaktadır.

³⁶ İdare Hukuku, <http://www.turkhukuksitesi.com/> <http://goo.gl/o5zgd7O5zgd7>

³⁷ Günday, s.295

³⁸ Zehra Odyakmaz, Ümit Kaymak, İsmail Ercan, **Anayasa Hukuku-İdare Hukuku**, Oniki Levha Yayıncılık,2011 S.268

1.6.4. Ruhsat-İzin Yöntemi

Ruhsat ya da izin usulü olarak adlandırılan yöntemde, muhatap olan kamu kurumu tek taraflı olarak idari bir işlemle tekel niteliğinde olmayan bir hizmeti özel kişilere gördürtebilmektedir. Ancak idarenin verdiği ruhsat özel kişi ile bir idari sözleşme şeklinde değil, özel kişiye idarenin tek taraflı iradesi ile yapılan bir şart işlemle verilmektedir.³⁹

Bu şekilde yürütülen kamu hizmetlerinin en belirgin örneğini özel eğitim kurumları ve toplu taşımacılık ve özel televizyonlar alanlarında rastlanmaktadır. Bazı durumlarda da izin ve ruhsat yöntemi bir araya getirilerek karma bir yöntem oluşturulabilmektedir.

1.6.5. İmtiyaz Yöntemi

Bazı kamu hizmetleri de imtiyaz yolu ile yerine getirilmektedir. İmtiyaz usulü en yalın hali ile idarenin bir özel hukuk kurallarına tabi özel hukuk tüzel kişisi ile yaptığı sözleşme gereğince hem masraflar hem kar özel kişiye ait olmak üzere kurulması ve işletilmesi olarak tanımlanabilir.⁴⁰ Bunun için öncelikle Devlet bir hizmeti kamu hizmeti niteliğine getirmekte, sonra bu hizmetin yürütülmesini, hizmetin yürütülmesinden doğan giderler ve hasarlar da özel kişiye ait olmak üzere özel şirketlere devretmekte ve bu şekilde kamunun ihtiyacı olan işi gördürme yoluna gitmektedir.

1.6.6. Yap-işlet-devret yöntemi

Yap işlet devret yöntemi; kamunun alanına giren yüksek bir finansman gerektiren bir yatırım veya kamu hizmetinin, sermayesi ve riski kendine ait olmak üzere, özel teşebbüs (yerli, yabancı veya ortaklaşa girişimler) tarafından kurulmasını, kâr sağlayamaya dönük olarak belirli bir süre işletildikten sonra tesisin ilgili kamu kuruluşuna şartsız ve bedelsiz olarak devir ve teslimini içeren bir proje finansman modelidir.⁴¹

³⁹ Altın, s.107

⁴⁰ Odyakmaz ve Kaymak, s. 268

⁴¹ Hüsnüye Akıllı, Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Yöntemine: Yasal Serüven, **Sayıştay Dergisi**, Sayı:89/ Nisan - Haziran 2013 s.98

Yukarıda sayılan yöntemlerin yanında yerel yönetimlerinde bölgelerinde gelişen hizmetleri sunabilmek için bazı özelleştirme ve alternatif hizmet sunma yöntemleri geliştirdikleri gözlemlenmektedir. Bu yöntemlerden bazıları ihale, satış, yönetimler arası işbirliği, kupon, şirketleşme ve ortak girişim, vergi teşvikleri ve idari düzenlemeler, gönüllü organizasyonlar, fiyatlandırma, kendi kendine hizmet gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır.

Günümüzde devletlerin kamu hizmetini tek başına görmekten vazgeçmesinin en büyük nedeninin liberalizmin bir gereği olarak devlet aygıtının küçülmesi olduğu söylenebilir. Bu durum bir taraftan hantal devlet yapısının değişmesi şeklinde iyi yönde belirmekte, fakat diğer taraftan devlet tarafından oluşturulması gereken denetim mekanizmalarının sağlam şekilde oluşturulamaması sebebi ile kamunun zarara uğraması şeklinde olumsuz sonuçlar da doğurabilmektedir.

Kamu hizmeti anlayışının değişmesinin bir sonucu olarak idarenin faaliyetlerinde bir daralma ve dönüşüm süreci yaşanmaktadır. Kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi, idarenin faaliyet alanının daralması anlamına gelir. Çünkü özelleştirmeye idare, kamu hizmeti niteliğindeki faaliyetleri bizzat gerçekleştirmeyecek, bu faaliyetler özel hukuk tüzel kişileri tarafından yerine getirilecektir. Bu noktada kamu yararının sağlanması açısından özel hukuk tüzel kişileri tarafından sunulan mal ve hizmetlerin gereği gibi sunulup sunulmadığının denetlenmesi, gözetilmesi ve ilgili alanların düzenlenmesi ihtiyacı da doğmaktadır.⁴²

Tablo 1’de kamu hizmeti sunum modellerinin yapım, işletme, sahiplik, finansman açısından özetlenmiştir.

⁴² Mustafa Avcı, İdarenin Kamu Hizmeti Faaliyetlerinde Daralma Ve Dönüşüm: Özelleştirme Ve Regülasyon, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*,2014 S.16 S.105

Tablo 1: Kamu Hizmeti Sunum Modelleri

	Geleneksel Tedarik	Özel Finansman Girişimi	Yap İşlet Devret	Hizmet İmtiyazları	Ortak Girişimi	Özelleştirme
			Kamu Özel İşbirlikleri			
YAPIM	İdare/Özel Sektör	Özel Sektör	İdare	İdare	İdare/Özel Sektör	İdare
İŞLETME	İdare	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel Sektör	İdare/Özel Sektör	Özel Sektör
SAHİPLİK	İdare	Özel Sektör	İdare	İdare	İdare/Özel Sektör	Özel Sektör
ÖDEYEN	İdare	İdare	Kullanıcılar	Kullanıcılar	Kullanıcılar	İdare/Özel Sektör /Kullanıcılar
TAHSİL	İdare	Özel Sektör	Özel Sektör	Özel	İdare/Özel Sektör	Özel Sektör

Kaynak: Selman Salim Kesgin, Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel İşbirlikleri: Sağlık Bakanlığı Örneği, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, S.25

1.7. Kamu Hizmetlerinde Kalite Kavramı

1.7.1 Kalite Kavramı

Kişiden kişiye, ülkeden ülkeye değişebilen kriterleri dolayısıyla tam bir tanımlanamayan kalite, yüzeysel bir tanımlama ile ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır denebilir. Kalite kavramı; kullanıcının beklentileri, sosyo-ekonomik durumu ve tüketicinin karakterine göre şekillenebilen öznel bir kavramdır.

Kalite kavramının kullanım amacına göre değişik anlamlar taşımasının nedeni kalitenin çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır. Birçok kişiye göre kalite lüks, ender bulunan, üstün nitelikli ve benzeri kavramlar ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Bazı uzmanlar ise kaliteyi şartlara uygunluk derecesi, bazıları da

bir mal ya da hizmetin belirli bir ihtiyacı karşılama derecesi olarak tanımlamaktadır. “Amerika Kalite Kontrol Derneğine göre ise kalite, bir ürün ya da hizmetin, belirli bir ihtiyacı karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerinin tümüdür.”⁴³

Günümüzde, üretim ve bilgi teknolojisindeki gelişim zihinlerde ve pazarlarda kalitenin üstünlüğünü üründen daha önemli bir konuma getirmiştir. Bu sebeple kalite kavramı da, pahalı ve lüks olarak görülmeğe çok standart olarak görmeye başlanmıştır. Kaliteye bakıştaki bu değişim hizmet üreten kuruluşları da (bir iktidar partisi, valilik, belediye, hastane, okul, tapu müdürlüğü, vergi dairesi v.b) bugüne kadar ürettikleri hizmeti, müşterisinin (halk, seçmen) istediği ve memnun olduğu kaliteli hizmete dönüştürmek durumunda olmaktadır.⁴⁴

1.7.2. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

Müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması için tüm yöneticilerin ve çalışanların katılımıyla bir organizasyonun proseslerinin, hizmet ve ürünlerinin niceliksel yöntemler kullanılarak sürekli iyileştirilmesini içeren bütünsel bir örgütsel yaklaşımdır”⁴⁵

TKY'nin temel ilkelerini şu şekilde sıralamak mümkündür: Dış uzmanların katılımı; misyon, vizyon ve yol gösterici ilkelerin önemi; üst yönetimin liderlik ve bağlılığı; örgütsel yapının değişimi; kalitenin öğrenilmesi; müşteri odaklılık; takım çalışması ve çalışanların yetkilendirilmesi; iletişim; örgütsel kültürün değiştirilmesi; kalite konusunda eğitim; örgütün iç analizinin yapılması ve süreçlerin sürekli iyileştirilmesi. Ancak bunlar arasında en önemli üçünün altını çizmek gerekmektedir: Müşteri odaklılık, sürekli iyileştirme anlayışı ve süreç analizlerinin yapılması.⁴⁶

⁴³ Sultan Makas, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Beykent Üniversitesi, 2014, Yüksek Lisans Tezi, S.4

⁴⁴ Özcan Sezer, Kamu Hizmetlerinde Müşteri (Vatandaş) Odaklılık: Türkiye’de Kamu Hizmeti Anlayışı Açısından Bir Değerlendirme, **ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 4, Sayı 8, 2008, Ss. 147–171 S.150

⁴⁵ Asım Balcı, Kamu Örgütlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulanması: Olumlu Perspektifler Ve Olası Zorluklar, **Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi** Sayı:2 Cilt:5 / Aralık 2005 Ss.197-211 S.197

⁴⁶ Balcı, s.197

1.7.3. Kamu Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Vatandaş memnuniyetini ve kaliteyi esas alan yeni kamu yönetimi anlayışının en önemli yapıtaşlarından birisi kamu hizmetlerinde kalite ve müşteri/vatandaş odaklılıktır. Yeni kamu yönetimi anlayışı sadece yeni teknikler ortaya koymamakta, aynı zamanda yeni bir değerler zincirini, özellikle özel sektörün değerlerini ortaya koymaktadır. Yeni Kamu yönetimi anlayışı ile birlikte ortaya çıkan yeni kamu hizmeti anlayışı üç yaklaşımı içermektedir. Bunlar; demokratik vatandaşlık, topluluk ve sivil toplum modelinin benimsemesi, örgütsel hümanizm şeklindedir.⁴⁷

Kaliteli kamu hizmeti, günümüz toplumunda halkın en önemli beklentilerinden biridir. Kamunun da aynen özel sektör gibi kaliteli ve etkin bir şekilde hizmet sunması beklenmektedir. Ayrıca kamu kuruluşları özel işletmelerin ortaya koyduğu kalite ve maliyet standartlarını da tutturmak zorundadır. Bu açıdan tüm kuruluşların değerlendirildikleri standartlar bulunmaktadır. Kamu kurumlarının da bu standartlara ulaşması beklenmektedir.

Kamu hizmetleri nitelikleri itibariyle özel sektör kuruluşlarınca üretilen mal ve hizmetlerden farklıdır bu konuda şu noktalarda bir karşılaştırma yapılabilir⁴⁸:

- Kamu hizmetleri, özel kesimde üretilen mal ve hizmetlerde olduğu gibi kar amacıyla değil, vatandaşların ortak toplumsal ihtiyaçlarını karşılamak üzere sunulur.
- Özel sektörde faaliyet gösteren firmalarda mal ve hizmet üretimi rekabet ortamında yapılırken, kamu kuruluşlarınca sunulan hizmetler ve üretilen ürünler tekel nitelikli olduklarından devletin rakibi yoktur.
- Özel sektörde firmalar, üretim alanlarını ve ürün niteliğini belirlerken, belli bir müşteri grubunu esas almak suretiyle uzmanlaşmaya gidebilirler. Kamu hizmeti veren kuruluşlar ise bir hizmeti verirken birden çok hedef grubunu göz önünde bulundurmaları zorundadırlar.
- Özel kesimde yer alan firmalar, genellikle insanların maddi ihtiyaçlarıyla ilgili olan ve çeşitli yönleriyle ölçülebilir somut nitelikli mal ve hizmetler ürettikleri halde, devletin yerine getirmek zorunda olduğu kamu hizmetlerinin somut

⁴⁷ Sezer, s.150

⁴⁸ Sıtkı Gözlü, "Kamu Hizmeti Veren Kuruluşlarda Toplam Kalite Yönetimi", **Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri**, Todaye Yayını, Ankara, 1996 Ss. 43-50 S.48

mamullere dönüştürülebilmesi, diğerleri gibi niteliksel ve niceliksel ölçümlere konu olabilmesi ve sonuçlarının değerlendirilebilmesi güçtür.

- Özel kesim, mal ve hizmet üretimini müşterilerin istekte bulunması halinde ve onun ihtiyaçlarına göre yapar. Topluma sunulan kamu hizmetlerinin kullanımı ve tüketimi ise kamu hizmetlerinin özellikleri dolayısıyla vatandaşların istek ve beklentilerine aynı oranda uygun düşmeyebilir.

1.7.4. Kamu Örgütlerinde Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı

Kamu sektöründe TKY'ye geçmenin birçok nedeni olduğu söylenebilir. Bu gerekçelere bakıldığında ilk olarak karşımıza “değişimin gerekliliği” konusu ortaya çıkmaktadır. Günümüzde tüm dünyada yaşanan hızlı değişime kamu sektörünün ayak uyduramayıp geri kaldığı, bu açıdan bakıldığında kamuda hizmetlerin taleplere cevap verebilecek düzeyde olmadığı sürekli vurgulanmaktadır. Toplumsal yaşamın bir bütün olarak değerlendirilmesi durumunda özel kesimin kalite yönetimi tekniklerini başarı ile uygularken, kamu örgütlerinin bu yaklaşımlara tümenden kayıtsız kalması düşünülemez.

Özel kesimdeki yeniliklerin kamu sektörüne aktarılması aynı zamanda toplumsal bir sorumluluk olarak görülmektedir. İşte bu çerçevede, kamu yönetimlerindeki eksikliklerin giderilmesinin yollarından biri TKY uygulamalarına geçilmesidir.

TKY'yi gündeme taşıyan nedenlerden birisi de, vatandaşların kamu hizmetlerinin kalitesi hakkındaki endişeleridir. Kamu örgütlerinin sunduğu mal ve hizmetlerin son kullanıcıları vatandaşlar olmaktadır. Bu açıdan, onların, sunulan mal ve hizmetler hakkındaki görüşleri önem taşımaktadır. Kullanıcı odaklı ya da vatandaş odaklı bir kamu hizmeti anlayışı artık bir lüks değil herkesin beklentisi olmuştur. Bu beklentilere cevap verebilmenin en iyi yolu olarak da TKY'ye geçmek önerilmektedir.⁴⁹

1.8. Bir Kamu Hizmeti Sağlayıcısı Olarak Kamu Hastaneleri

Sağlık hizmeti sahip olduğu temel özellikler dolayısıyla devletin yani kamunun denetimi altında sağlanmaktadır. Bazı hastalıkların bulaşıcı niteliklere sahip

⁴⁹ Asım Balcı, Kamu Örgütlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulanması: Olumlu Perspektifler Ve Olası Zorluklar, *Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi* Sayı:2 Cilt:5 / Aralık 2005 S.199

olabilmesi, tedavi hizmetlerinin hastaya sağladığı özel yarar yanında toplumsal yararının da olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetleri bireyin çalışma gücünü arttırdığından, üretim kapasitesini destekleyen bir yatırım niteliğine de sahiptir. Dolayısıyla kamunun sağlık alanında belirleyici aktör olması hem ülke hem de vatandaşlar açısından büyük önem arz etmektedir.

Sağlık hizmetinin kamu ekonomisi alanı içerisinde devlet tarafından sunulması, tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetinin verilmesi ile mümkün olur. Bununla birlikte, yarı kamusal mal niteliğinde olan sağlık hizmeti, pazarlanabilir nitelikte olmasına rağmen, kıt kaynaklar, gelir dağılımı ve teknoloji veri kabul edildiğinde ihtiyaçların mümkün olan en üst düzeyde sağlanması mümkün olmayabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ihtiyaç temelli olarak evrensel ve eşit bir şekilde sağlanabilmesi için kamu desteği ve müdahalesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde devletin müdahalesi olmadığı takdirde, piyasalar ve bireylerin gelirleri belirleyici olacaktır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, gelire bağlı olarak değişecek ve toplum nüfusunun önemli bir kısmı bu gerekli hizmetleri almaktan mahrum veya hariç tutulmuş olacaktır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri modern refah devletlerinin önemli unsurlarından biri olmuştur.⁵⁰

Günümüzde devletler ya doğrudan sağlık sistemini finanse etmekte ve belirleyici bir aktör olarak sağlık alanında faaliyet göstermekte ya da sağlık hizmetlerini özel firmalardan satın almaktadır. Bununla beraber, birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede bu iki sistemin bir arada uygulandığı da görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin tedarikine finansman açısından bakıldığında, üç farklı sağlık sisteminin devrede olduğu gözükmektedir. İlk sistem, Almanya'da uygulanan "Bismarkçı Sağlık Sistemi" olarak adlandırılmakta, masraflar ücret bordrolarından kesilen vergilerle karşılanmaktadır. İkinci sistem ise İngiltere'de uygulanan "Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi" (NHS) finansmanı genel vergilerden karşılanmaktadır. Sağlık hizmetleri tamamen sosyalleştirilmiş olup, ülkedeki tüm insanları kapsamakta ve ücretsiz ya da düşük ücret karşılığı sunulmaktadır. Üçüncü sistem ise, Amerika'da

⁵⁰ Orhan Koçak, Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri Ve Türkiye'de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler, "İşgüç" Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2011, Cilt/Vol: 13, Sayı/Num:4, Page: 61-82 S.65

sağlık hizmetleri “ticari amaçla çalışan sigorta piyasaları” tarafından karşılanmaktadır.⁵¹

Ülkemizde 1982 Anayasa’sının 56. maddesine göre devlet ülke sınırları içinde yaşayan herkesin sağlıklı olarak yaşayabilmesini ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlamakla yükümlüdür. Anayasa ile devlete verilen bu görevi yerine getirmekle sorumlu birim ise Sağlık Bakanlığı’dır. Bakanlık bu görevi merkez ve taşra örgütü aracılığı ile yerine getirmektedir.⁵²

Türkiye’nin sağlık sistemi kamusal, özel ve gönüllü örgütlerden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmekte ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık ocağı, sağlık evleri ve ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri yanında verem savaş dispanserleri ve sıtma merkezleri tarafından yerine getirilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı yanında diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf ve özel kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir.⁵³

Buna göre Sağlık Bakanlığı hizmetlerinin dallara göre ayrımı aşağıdaki şekilde tablo2’de verilmiştir.

⁵¹ Koçak, s.66

⁵² Arif Erençin, Vesim Yolcu, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Ve Yerinden Yönetimi, **Memleket Siyaset Yönetim**, Cilt: 3, Sayı: 6, 2008/6, S.118-136 S.121

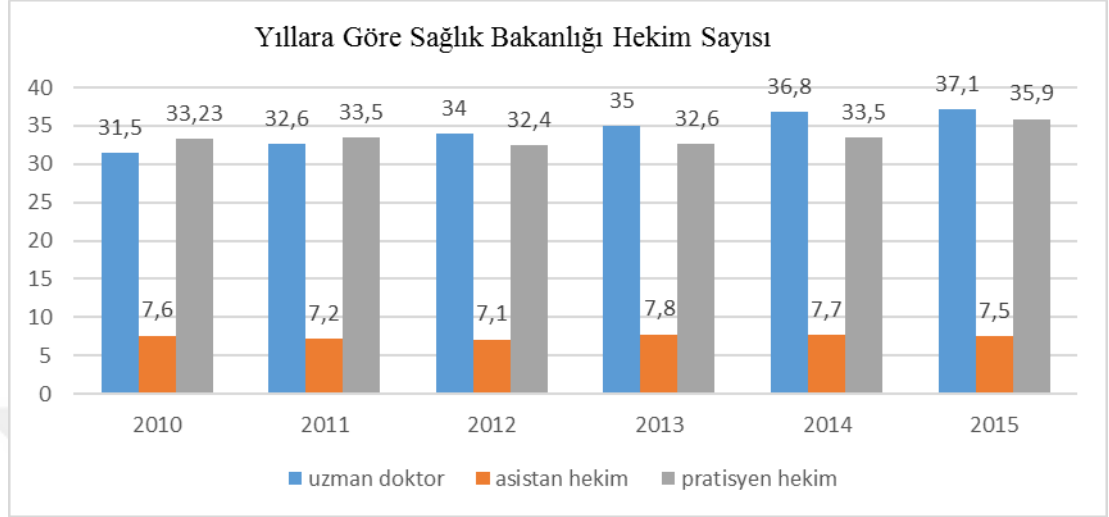
⁵³ Erençin ve Yolcu, s.121

Tablo 2: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Dallara Göre Dağılımı

SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNİN DALLARA GÖRE DAĞILIMI				
Kurum Türü	Kurum Sayısı	Yatak Sayısı	2013 Yatak Doluluk Oranı	2014 Yatak Doluluk Oranı
Genel Hastane	509	90.770	69	72
Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Ortak Hastane	15	8458	76	77
Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	28	6403	76	82
Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi	9	4159	86	86
Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi	14	3814	74	75
Entegre İlçe Hastanesi	263	3485	13	15
Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Hastanesi	11	1958	90	86
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	5	1780	79	88
Onkoloji Hastanesi	2	830	69	69
Kalp Ve Damar Cerrahisi Hastanesi	2	726	72	75
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	786	70	70
Göz Hastanesi	2	185	86	86
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	156	43	53
Diş Hastanesi	6	58	0	0
Spastik Çocuklar Hastanesi Ve Rehabilitasyon Merkezi	1	54	88	80
Lepre Hastanesi	1	50	23	21
Deri Ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi	1	31	35	31
Toplam	874	123.703	69	71

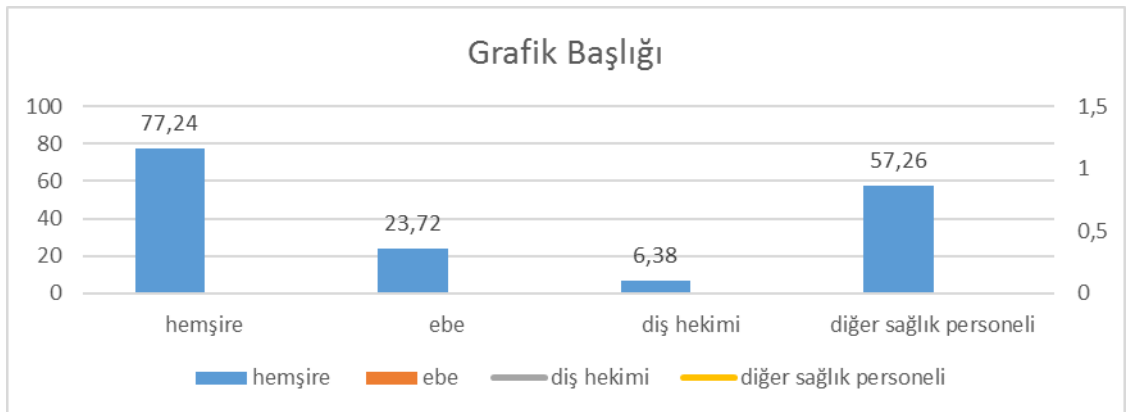
Kaynak. T.C Sağlık Bakanlığı İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı.
<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php>

Son verilere göre kamu ve diğer hastanelerde çalışan hekim sayıları ve uzmanlık durumlarını ve hekim dışı sağlık personelinin sayısı ve görevlerini ifade eden şekiller ise aşağıda ki gibidir.



Şekil 1: Kamu Hastane Ve Diğer Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Sayısı Ve Uzmanlık Durumu

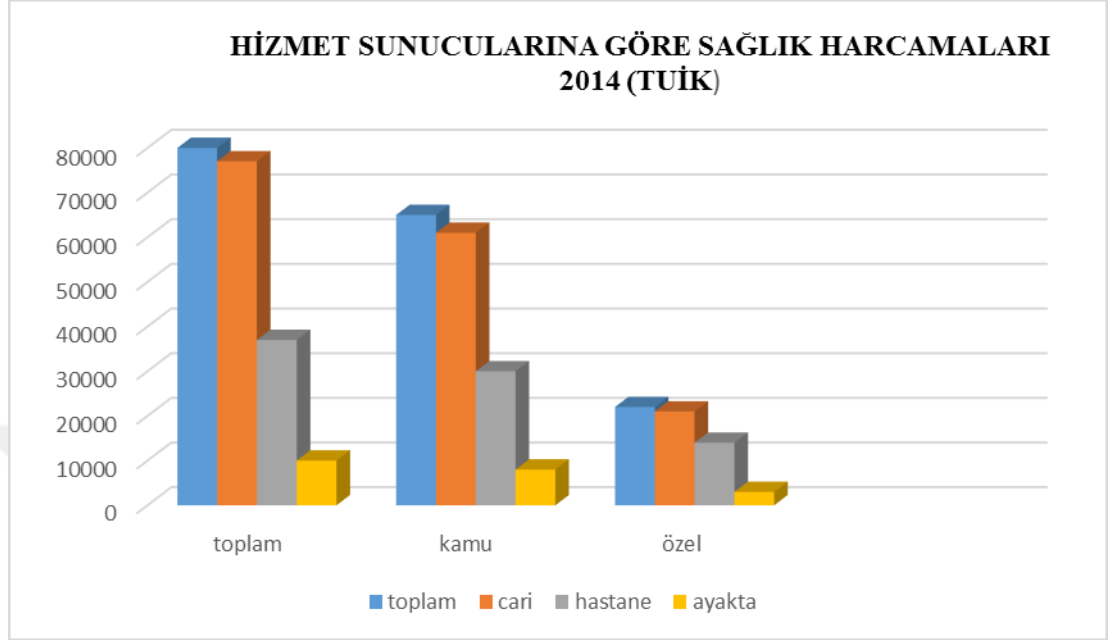
Kaynak. T.C Sağlık Bakanlığı İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı.
<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php>



Şekil 2: Kamu Hastane Ve Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Sayısı Ve Görevleri

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı
<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php>

Kamu ve özel sektör harcamaları ise son verilere göre aşağıda ki gibidir



Şekil 3: 2013 Verilerine Göre Kamu Ve Özel Sektörün Toplam Sağlık Harcaması (milyon TL)

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı.
<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php>

1.9. Sağlık Hizmetleri

Temel olarak kamunun güdümü ve kontrolünde yürütülen fakat ülkedeki farklı hizmet sağlayıcılarından da destek alan ve istisnasız ülkedeki tüm bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumayı amaçlayan hizmetlere sağlık hizmetleri denebilir. Sağlık hizmetleri sadece hasta-hastane ilişkilerinden ibaret bir kavram olmayıp bir çok farklı argüman etrafında incelenmesi gereken bir konudur.

Sağlık Hizmetleri, üreticilerin ürettikleri ürün ve hizmetler, doktor ve diğer sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerileri, sağlık kuruluşlarının tıbbi ve teknolojik kapasiteleri, testler ve bakım süreçleri gibi konuları da kapsar. Hastalar genellikle

sunulan hizmetin teknolojik yapısı ve tıbbi özellikleri ile ilgilenmeyip bekledikleri “yarar” açısından hizmetleri değerlendirir.⁵⁴

1.9.1 Sağlık Kavramı

Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan tanımdır. Bu tanıma göre, sağlık; "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik" halidir. Bu tanımda bedensel ve ruhsal iyilikten daha çok sosyal iyilik haline vurgu yapılmaktadır.⁵⁵

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir. Sağlık hizmetlerinin kapsamı oldukça geniş olduğundan genel olarak üç ana başlıkta incelenmektedir. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleridir.

1.9.2. Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde sağlık politikalarını geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetleri sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığı'nın görevidir. Sağlık hizmetleri kaynaklarının ülke genelinde dengeli dağılımı etkili ve verimli kullanımının sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na aittir. Yataklı tedavi kurumlarının önemli bir bölümünü bünyesinde bulunduran Sağlık Bakanlığı, sektörün en büyük sağlık hizmeti sunum kuruluşudur.⁵⁶

Tablo 3’de Türkiye’de türlerine göre sağlık hizmetleri ve bu hizmeti üreten kurumlar sınıflandırılmıştır.

⁵⁴ Yavuz Odabaşı, **Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1998 s.27

⁵⁵ Recep Akdur, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması**, ss.11-20 s.5 <http://www.recepakdur.com>. <http://goo.gl/AE2Ep2>

⁵⁶ Burçin Danacı, **Sağlık Bakanlığı, Üniversite Ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması**, Dumlupınar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2010, s.9

Tablo 3: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Hizmetlerini Üreten Kurumlar

SAĞLIK HİZMETLERİ	SAĞLIK KURUMLARI
Koruyucu sağlık hizmetleri	Sağlık evi
	Sağlık ocağı
	Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi
	İş yeri revirleri
	Dispanserler
	Kanser erken teşhis ve tedavi merkezi
	Okul sağlığı bölümleri
	Halk sağlığı laboratuvarları
	Belediye Çevre Bölümleri
Tedavi hizmetleri	Hastaneler
	Özel muayenehaneler
	Ayakta cerrahi hizmetler merkezi
	Dispanserler
	Hemşire bakım merkezleri
	Evde bakım
	Terminal dönem bakım merkezleri
Rehabilitasyon hizmetleri	Rehabilitasyon hizmetleri
	Hemşire bakım merkezleri
	Evde bakım
	Terminal dönem bakım merkezleri

Kaynak: Burçin Danacı, **Sağlık Bakanlığı, Üniversite Ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması**, Dumlupınar Üniversitesi, 2010 Yüksek Lisans Tezi. s.11

1.9.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri hizmet sektörünün genel özelliklerini taşımakla beraber kendine has başka özellikleri de vardır. Hizmetin kendine has diğer özelliklerini şu şekilde belirtmek mümkündür⁵⁷:

- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir.
- Sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.

⁵⁷ Şahin Kavuncubaşı, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, 2000, s.52

- Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin çıktısının tanımlanması ve ölçümü güçtür.

Sağlık Hizmetleri, üreticilerin ürettikleri ürün ve hizmetler, doktor ve diğer sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerileri, sağlık kuruluşlarının tıbbi ve teknolojik kapasiteleri, testler ve bakım süreçleri gibi konuları da kapsar. Hastalar genellikle sunulan hizmetin teknolojik yapısı ve tıbbi özellikleri ile ilgilenmeyip beklediklerin “yarar” açısından hizmetleri değerlendirir.⁵⁸

Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği de sadece hastaların iyileştirilmesi ve ya koruyucu sağlık hizmetlerinden ibaret olmayıp aynı zamanda eğitim ve araştırma hastaneleri vasıtasıyla sağlık çalışanlarının eğitimini de kapsamaktadır. Hekimlerin uzmanlık eğitimi, hizmet içi eğitimleri, diğer sağlık ve yardımcı sağlık personelinin iş başında eğitimleri, idari personelin eğitimi hastanelerin temel fonksiyonları arasında yer alır. Ayrıca hasta ve yakınlarına yönelik sunulan bireysel sağlık, çevre sağlığı, toplum sağlığı gibi eğitimler de hastanelerin vazgeçilmez fonksiyonları arasında yer alır.⁵⁹

1.9.4. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Sağlık hizmetlerinde amaç; hastaya mümkün olan en kısa sürede, ulaşılabilecek uygun bir fiyat seviyesinde, güler yüzlü ve şefkatli, alternatif tedavi yöntemlerini de kendisine sunarak bilgilendirici tarzda, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri çerçevesinde, eldeki olanaklar ölçüsünde medikal anlamda en iyi hizmeti sunmaktır.⁶⁰

Sözen ve Özdevecioğlu'na göre ise tüm toplumlarda insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, hemen herkesin kabul ettiği ortak hedeflerin başında gelmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin adil ve dengeli bir biçimde toplumun tümüne, hizmetin türüne göre doğrudan ve dolaylı olarak ulaştırılması hedeflenmektedir. Bu hedeften hareketle, sağlık hizmetlerinin amaçlarını su şekilde sıralamak mümkündür⁶¹:

⁵⁸ Yavuz, Odabaşı, Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir. 1998, s.27

⁵⁹Şükran Burçoğlu Karaca, **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama**, Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014,s.36

⁶⁰ M. Soysal, G. T. Kenanoğlu, A. Emre ve S. Haşemoğlu, **Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı**. Ankara: Milli Produktivite Merkezi Yayınları: 486, 1993, s.71

⁶¹ Ç. Akar, H. Özalp, Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara, Somgür Yayıncılık, 1997, s.58-59

- Sağlık talebinin oluşmasını sağlamak,
- Toplumun sağlık standardını yükseltmek,
- Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
- Erken ölümleri önleyerek, yaşam suresini uzatabilmek,
- Psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaları mümkün olduğunca azaltmak,
- Hastalığı mümkün olduğunca azaltmak, hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmalarını sağlamak,
- Sakatlığı mümkün olduğunca azaltmak, sakat kalanların iyileştikten sonra topluma uyumlarını sağlamak,
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişimi sağlamak,
- Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesini sağlayıp, sağlığın korunması yeteneğini oluşturmak,
- Toplum ile ilişkide yüksek bir tatmine ulaşımı sağlamak,
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımını sağlayabilmek ve artırabilmektir.

1.9.5. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi

Kalite ürün ve hizmet üreten her kurumda çok önemli bir kavram olarak yerini almıştır. Ancak kalite sağlık hizmetlerinde çok daha büyük öneme sahiptir. Bunun sebebi ise sağlık hizmetlerinde insan hayatının söz konusu olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde yapılan herhangi bir işlemin geri dönüşü çoğu zaman imkânsızdır ve bu durum kaliteli bir hizmeti zorunlu kılmaktadır.⁶²

Sağlık hizmetlerinin kalitesini, verimliliğini, etkililiğini ve dolayısıyla performansını değerlendirmede kullanılan önemli kavramlardan biri de hasta memnuniyetidir. Hasta memnuniyeti; hastaların aldıkları sağlık hizmeti veya tıbbi bakımla ilgili beklenti, deneyim ve değer yargılarını ihtiva eden ve daha çok hastaların algılamalarına dayanan bir kavramdır.⁶³

Hasta memnuniyetini etkileyen üç temel faktör bulunmaktadır. Bu faktörler hastaya, sağlık personeline, fiziksel ve çevresel özelliklere bağlıdır. Hastanın yaşı, eğitimi, mesleği, geliri ve cinsiyeti gibi sosyo-demografik özellikleri hastaların sağlık hizmetlerinden duyacağı memnuniyet derecesinde rol oynamaktadır.

⁶² Kavuncubaşı, s.271

⁶³ Harun Kırılmaz, Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması, **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** Cilt: 4, Sayı: 1 , Ocak 2013 S.13

Sağlık hizmetlerinin verildiği mekânlar olarak hastanelerin hizmet kalitesi, hem hastaların hizmet kalitesi beklentisini belirlemede hem de genel olarak sağlık sektörünün hizmet kalitesini sergilemede önemli işlevler yüklenmektedir. Hastanelerin verdiği hizmetlerin kalitesini iki boyutta incelemek mümkündür. Bunlar, teknik boyut ve konaklama boyutudur. Teknik boyut, hemşire ve doktor hizmetini kapsamaktadır. Konaklama boyutu ise yönetsel boyutu olup; yemek servisi, gürültü, oda sıcaklığı, temizlik ve hastanenin park alanı gibi faktörleri kapsamaktadır.⁶⁴

Bir diğer yaklaşımda sağlıkta kalite teknik ve fonksiyonel kalite olarak iki başlıkta incelenmektedir. Bu alanda yapılan araştırmalar fonksiyonel kalitenin hastaların kalite algısını etkileyen birincil değişken olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte hekimlerin mesleki becerileri ve yeterliliği, hizmetlerin yaygınlığı gibi konular hasta bakım kalitesini; hekime güven duygusu, hastaya yeterince zaman ayrılması, ilgi, nezaket, güler yüzlülük, bilgilendirme ve gizliliğe özen gibi davranış özellikleri ise hasta ve doktor ilişkilerini şekillendirmektedir.⁶⁵

Günümüzde değişen koşullara bağlı olarak hastalarında sağlık hizmetlerinin kalitesinden beklentileri artmıştır. Son dönemde sağlık hizmeti sunucuları toplam kalite sistemi bakış açısına göre hastayı aynı zaman da bir müşteri olarak değerlendirmekte, aynı şekilde hastalarda bir müşteri hassasiyetiyle sağlık hizmetlerinin kalitesini sorgulamaktadır.

Hastanın sağlık hizmetlerinden beklentisini etkileyen faktörler genel olarak şu başlıklar altında incelenebilir.⁶⁶

1.9.5.1. Ulaşılabilirlik ve Bulunabilirlik

Hastaların sağlık kuruluşlarına fiziksel uzaklık ve yakınlıkları, ulaşım kolaylığı, sağlık sistemine hızlı bir şekilde girebilme, (sevk işlemleri, randevu alabilme) gece ve tatil günleri hizmet alabilme, uzman bulabilme, istediği zaman doktor ile

⁶⁴ Levent B. Kıdak, Mehmet Aksaraylı, Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi Ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt:** 10, Sayı:3, 2008 Ss.87-122

⁶⁵ T.C Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı, (İGB), **Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik**, 2004 S. 17.

⁶⁶ T.C Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı, (İGB), **Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik**, 2004 S. 17

görüşebilme, bekleme süresi (muayene öncesi, teşhis ve tedavi esnasında, yatışta) gibi özellikler birinci derece de hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdendir.⁶⁷

1.9.5.2. Hasta Bakım Kalitesi

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının mesleki becerileri ve yeterliliği, sağlık kuruluşunda ortalama kalış süresi, zamanında müdahale, mortalite, ileri teknolojiye dayalı hizmet, hizmetlerin yaygınlığı, konsültasyon hizmetlerinin durumu gibi konular hasta bakım kalitesini oluşturmaktadır.⁶⁸

1.9.5.3. Hasta Personel ve Doktor İlişkisi

Doktorlara ve diğer sağlık çalışanlarına duyulan güven, hastaya yeterince zaman ayrılması, ilgi ve insanca davranış, samimiyet, güler yüzlülük, bilgilendirme ve gizliliğe önem verilmesi gibi davranış özellikleri bu ilişkileri şekillendirmekte ve kalite bilincini iki taraf içinde artırmaktadır.

1.9.5.4. Örgütsel ve Fiziki Yapı

Sağlık örgütlenmesi içinde ki ilişkiler, çalışma ortamı, işlemlerde basitlik, akıcılık, otomasyon, haberleşme imkânı, hizmetlerin maliyeti, ödeme kolaylığı, refakat ve ziyaret, aradığı yeri kolay bulabilme, otopark imkânları gibi altyapıya dayanan özellikler de yine hastaların hizmet kalitesini değerlendirme ölçütlerinden bazılarıdır.⁶⁹

1.9.5.5.Devamlılık

Hastaneye tekrar gelme düşüncesi, başkalarına tavsiye etme, şeklinde tanımlanmakta ayrıca tekrar edilen ziyaretlerde de aynı kaliteyi bekleme güdüsü yaratmaktadır. Bunun yanı sıra devamlılık ilkesi hastane hizmetlerinin de devamlılık ve sürdürülebilirliğine işaret etmektedir.

⁶⁷M. Fedai Çavuş - Eray Gemici, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 2013 Yıl: 1, Sayı: 1, ss. 238-257 S.242

⁶⁸ İ.G.B, s.17

⁶⁹ İ.G.B, s.17

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

2.1. MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

2.1.1. Müşteri Kavramı

Müşteri kelime anlamı ile “hizmet, mal vb. alan ve karşılığında ücret ödeyen kimse” olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanımda ise müşteri; belirli bir mağaza veya işletmeden düzenli olarak alışveriş yapan kişi olarak belirtilmektedir.

Günümüz pazarlama anlayışına göre işletmelerin faaliyetlerinin merkezine müşteri kavramı yerleşmiş ve müşteri, her işletmenin varlığının ve başarısının temelini oluşturan en önemli öge olarak adlandırılmıştır. Firmanın gerçek sahibi müşteridir. Firmanın gelirini, geleceğini, güvencesini müşteri sağlar. Tüm giderleri, işçilerin ve diğer çalışanların ücretlerini ödeyen, firma sahiplerine para kazandıran ve işletme yatırımlarını finanse eden de müşteridir. Bu yüzden müşteri, bütün ilgi ve özeni, takdir ve teşekkürü hak eden kişidir.⁷⁰ Bir başka tanıma göre ise müşteri, bir işletmenin belirli bir ürününü, ticari veya kişisel amaçları doğrultusunda satın alan kişi veya kuruluştur.⁷¹

Zamanımızda müşteri kavramının sınırları genişlemiştir. Müşteri sadece ürün alıp ücreti ödeyen kişi olmaktan çıkmış, kurumların ürettiği hizmetlerden yararlanan herkes birer müşteri olarak görülmeye başlanmıştır. Bankalardaki hesap sahipleri, konser bileti alan kişiler, okuldaki öğrenciler, uçaktaki yolcular birer müşteri olarak adlandırılmaya başlamıştır.

⁷⁰ İsmet Barutçugil, **Müşteri İlişkileri ve Satış Yönetimi**. İstanbul: Kariyer Yayıncılık İletişim Eğitim Hizmetleri, 2009, s.11

⁷¹ Erdoğan Taşkın, **Müşteri İlişkileri Eğitimi**. İstanbul: Papatya Yayınevi, 2005, s.20

2.1.1.1. İç Müşteri

İç müşteri kavramı ile ifade edilmek istenen kesim işletmenin kendi çalışanlarıdır. İç müşteri kavramı, bir işletmenin üretim süreci ve hizmet süreci etkinliğinin iyileştirilmesi açısından önemli bir yere sahiptir. İşletme içerisindeki her birim, bölüm kendinden önceki safhanın müşterisidir.⁷²

İç müşteri kavramı, toplam kalite yönetiminin en önemli unsurlarından biridir. Bu felsefeye göre işletme içindeki tüm birimler birbirlerini müşteri-tedarikçi ilişkisi içinde görmektedir. İç müşteri tatmini daha çok, fiziki çevre şartlarına, haberleşme düzenine, ücret, ödüllendirme, sağlık ve emeklilik sistemi gibi motivasyon unsurlarına ve çalışanların birbirleriyle ve yönetimle kurdukları ilişkilere dayanmaktadır.⁷³

İç müşteri kavramına göre, müşteri işletmeler bünyesindeki iş arkadaşlarını ve yöneticileri de kapsamakta ve hatta aile bireyleri ve arkadaşlar da müşteri tanımı içine sokulmaktadır. Genel bir tanımlamayla ürün ve hizmet sunulan müşterileri tipi dış müşteri, iş arkadaşlarını, çalışanları ve yöneticileri de iç müşteri olarak adlandırmak mümkündür.⁷⁴

2.1.1.2. Dış Müşteri

Dış müşteri kavramıyla, herhangi bir işletmenin ürettiği herhangi bir ürünü bir ücret ödeyerek satın alan ekonomik birimler ifade edilmektedir. Diğer bir deyişle dış müşteri, işletmelerin ürettiği mal ya da verdiği hizmetleri satın alan kişidir.⁷⁵

Dış müşteri olarak nitelendirilen müşteriler, satın aldıkları ürün veya hizmetten kaliteli olması koşuluyla en yüksek faydayı sağlamak isteyenlerdir. dış müşterilerle olan ilişkilerde, müşteri ile aynı dili konuşmak, iyi bir dinleyici olmak ve müzakere edip anlaşmaya varmak için gerekli esnekliğe sahip olmak, alınan sonuçları

⁷² Murat Burucuoğlu, **Müşteri Memnuniyeti Ve Sadakatini Arttırmada Müşteri Şikâyetleri Yönetiminin Etkinliği: Bir Örnek Olay İncelemesi**, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2011, s.4

⁷³ Özcan Sezer, Kamu Hizmetlerinde Müşteri (Vatandaş) Odaklılık: Türkiye’de Kamu Hizmeti Anlayışı Açısından Bir Değerlendirme, **zkü Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 4, Sayı 8, 2008, Ss. 147–171 s. 151

⁷⁴ J. Barlow, C. Moller, Her Şikâyet Bir Armağandır, (Çev. G.Günay), Rota Yayınları, İstanbul, 1998, s.10

⁷⁵ Ferdi Bişkin, **Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi: Kamu Ve Özel Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Uygulamaları Araştırması**, Selçuk Üniversitesi, Doktora Tezi, 2011 s.55

değerlendirebilmek, gerekli düzeltmeleri yaparak sıfır hata düzeyine gelmek ön şarttır.⁷⁶

Dış Müşteriler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:⁷⁷

- Mevcut müşteri; işletmenin sürekli satış yaptığı ve işletmenin ürünlerini her zaman satın alan müşterilerdir.
- Olası müşteri; işletmenin satış için temas ettiği, işletmenin müşterisi olmamış müşteri adayıdır. Herhangi bir kişi veya kuruluşun bir işletmenin olası müşterisi olması için söz konusu kişi veya kuruluşun, işletmenin sattığı ürüne talebinin olması, satın alma imkân ve isteğine sahip olması gerekir.
- Eski müşteri; işletmenin daha önceden müşterisi olmuş fakat çeşitli sebeplerle artık müşterisi olmayan müşterilerdir.
- Yeni müşteri; bir işletmenin ürününü ve ya hizmetini ilk defa satın alan ya da kullanan kimsedir.
- Hedef müşteri; işletmenin, ürünlerini ya da hizmetlerini satmayı planladığı kişi veya kurumlardır.

2.1.2. Müşteri Memnuniyeti

Günümüzde müşteriler artık daha bilinçli mal ve hizmet tüketimine yönelmektedir. İnsan sağlığının korunması, katkı içermeyen gıda maddeleri, gıdaların sağlıklı koşullarda üretimi ve depolanması, gibi konularla ilgilenmekte, satın aldığı mal ve hizmetlerde, yaşamını kolaylaştırıcı özellikler aramaktadır. İşlerine, evlerine, okullarına giderken kullandıkları taşıma sistemlerinin etkin ve güvenli olmasını, ekonomik olarak ısınmayı, haberleşmede kolaylığı ve ucuzluğu kaynakların kesintisiz, güvenilir ve uygun fiyatla kullanımına hazır olmasını istemektedir. Lokanta, sağlık kurumları gibi bazı alanlarda ise, temizlik, güvenilirlik, ilgi görmek gibi hizmet kalitesi kriterlerine, fiyattan daha fazla önem verilmektedir. Ayrıca günümüzde müşteri ödediği ücretin, ürünün kendisine olan maliyetinin sadece belli bir kısmı olduğunun bilincindedir. Kullanım sırasında ortaya çıkan maliyetler, özellikle yüksek fiyatlı mamullerin tercihinde önemli bir değerlendirme kriteri olmaktadır.

⁷⁶ Sezer, s.152

⁷⁷ Erdoğan Taşkın, **Müşteri İlişkileri Eğitimi**. 2. Baskı, Papatya Yayıncılık, İstanbul, 2000, s.18

Bir müşterinin belirli bir ürün ile olan tüketim deneyimini değerlendirmesi sonucunda geliştirdiği tutum, müşteri memnuniyeti veya memnuniyetsizliği olarak kavramlaştırılmaktadır. Bu nedenle müşterilerin ihtiyaç ve beklentileri doğru bir şekilde saptanmalı ve eksiksiz olarak karşılanmalıdır. Böylelikle müşteri memnuniyetinin sağlanabileceği öngörülmektedir.⁷⁸

Müşteri memnuniyeti, “müşterinin, satın alma eyleminden önceki beklentiler ile satın alma eylemi gerçekleşikten sonra ürünün gösterdiği performans arasındaki farklılıkların değerlendirilmesine ilişkin tepkisi” olarak tanımlanabilir.⁷⁹

Müşteri memnuniyeti ürün veya hizmetin bir parçası değil, müşterinin kişisel olarak ürün ve hizmete yüklediği bir değerdir. Bu sebeple farklı alışkanlıklardaki müşteriler aynı deneyim ya da hizmete ile yöneldiklerinde memnuniyet düzeyleri değişkenlik gösterebilmektedir.⁸⁰ Bir müşterinin ürün veya hizmet hakkındaki tecrübesi sonrası edindiği algı, önceki deneyimlerinden, yaşadığı sosyo-ekonomik ve kültürel çevreden, değer yargılarından, eğitiminden, inançlarından, psikolojisinden ve çeşitli iletişim kanallarından edindiği bilgilerden yararlanarak oluşturduğu öncü tutumlardan etkilenerek oluşmaktadır.⁸¹

İşletmeler açısından modern pazarlama anlayışının bir faktörü olan müşteri memnuniyeti ilkesi müşterilere sunulan sorumluluk anlayışının da bir göstergesidir. Diğer bir ifadeyle müşteri memnuniyeti, müşterilere sunulan mal ya da hizmete yönelik olan satınalma davranışını yönlendiren birikimlerin yine müşteriler tarafından işletmeye aktarılmasıdır. Müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının çeşitli olması, diğer müşterilerle iletişim halinde olmaları, rakiplerin pek çok seçenekte müşterilerin karşısına çıkıyor olması vb. gibi nedenlerden dolayı işletmeler her bir müşteriye özelliğine ve şartlarına göre değerlendirmek ve böylece müşteri memnuniyetini en iyi şekilde sağlamak durumundadırlar.⁸²

⁷⁸ Mustafa Taşdemir, “**Hasta Memnuniyeti**”, **Sağlık İşletmelerinde Yönetim**. Ed: Hayran, Osman ve Sur Hadar, Sayed Yayınları, İstanbul, 2005, s. 141

⁷⁹ Burucuoğlu, s.14

⁸⁰ Kerim Banar, ve V. Ekergil, Muhasebe Meslek Mensuplarının Hizmet Kalitesi: Sunulan Hizmetlerin Kalitesi ile Müşteri Memnuniyeti İlişkisi. **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**. Cilt: 10, sayı: 1, 2010, ss: 39-60 s.42-43

⁸¹ Burucuoğlu, s.15

⁸² Bişkin, s. 55-56

2.1.3. Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Müşteri olarak isimlendirilen kişi ve kurumlar her türden sosyo ekonomik çevreden, değişik gelir gruplarından v.s gelebileceği için memnuniyeti sağlamak birkaç temel şartın yerine getirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu şartlar müşteri beklentilerinin saptanması ve ürün ve ya hizmetlerin kalitesine odaklanılması, fiyatlandırma, servis durumu, güven oluşturulması, iletişim gibi konulardan oluşmaktadır.

Müşteri beklentileri ve gereksinimleri Faktörü; Müşterilerin memnuniyeti beklentilerinin karşılanması ile doğrudan ilintilidir. Bu sebeple, müşteri beklentilerinin bilinmesi, müşteri tatmininin sağlanması için önemlidir. Beklentiler, kişisel ihtiyaçlara göre değişiklikler gösterir. Müşteri beklentilerinin seviyesini, deneyimlerinin sonucu elde ettikleri birikimleri belirlemektedir. Daha önceki deneyimler olumsuz ise beklenti seviyesi düşük, deneyimler olumlu ise beklenti seviyesi yüksek hale gelmektedir.⁸³

Kalite Faktörü; “Kalite, müşterilerin, mal ve hizmetlerden beklentilerinin karşılanması, hatta daha fazlasının arz edilmesidir” şeklinde tanımlanmaktadır.⁸⁴ Başka bir tanıma göre ise “kalite, kullanıma uygunluktur.” Kalite kavramı teknik anlamda mükemmelliğin ve sağlamlığın üzerinde yer alan bir kavramdır. Kalite kişiden kişiye değişmektedir. Müşteri beklentileri değiştiği takdirde verilen hizmet ve ya satılan ürün ile ilgili olan kalite anlayışı da değişebilmektedir.⁸⁵

Ürün Faktörü; Ürün veya hizmet, sağlık sektöründe genelde soyut bir niteliktedir. Elle tutulamaz, bölünemez, kişiden kişiye değişir, depolanamaz. Aynı zamanda çok çeşitlidir. Teşhis, tedavi, koruyucu, edici ana sağlık hizmetlerinin yanında otelcilik, restoran, temizlik gibi yardımcı ürünler ve hizmetler de bulunmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti sunulmasına yardımcı olan ilaç, tıbbi cihaz gibi somut ürünlerden de faydalanılmaktadır.⁸⁶

Fiyat Faktörü; Önemli olmakla birlikte fiyatın sağlık hizmetlerinde etkisi çok düşüktür. Bunun nedeni olarak ise sağlık hizmetlerinin ertelenemeyen zorunlu bir

⁸³ Burucuoğlu, . s.16

⁸⁴ Tamer Koçel, **İşletme Yöneticiliği**. İstanbul: Arıkan Basım Yayım Dağıtım, 2007, s.287

⁸⁵ Erdoğan Taşkın, **Müşteri İlişkileri Eğitimi**. İstanbul: Papatya Yayınevi, 2005, s.53-54

⁸⁶ Süleyman Karaçor, Abdullah Arkan. "Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma." **Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi**, 8.2 (2014): 90-118. S.96

ihtiyaç olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca devletin sağlık sektörü üzerinde önemli bir belirleyici gücü vardır. Bu tekel sebebi ile ve sağlık hizmetlerindeki karmaşık yapı ve çeşitlilik nedeniyle hizmetin maliyetini ve fiyatını belirlemek zorlaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma sağlık kuruluşunun hizmet verdiği sosyo-ekonomik çevreye, sağlık kuruluşunun anlaşmalı olduğu sigorta kurumuna, sağlık hizmeti alanların kendi ceplerinden yaptığı ödemelere göre değişebilmektedir.⁸⁷

Dağıtım-Ulaşılabilirlik; Sağlık hizmetlerinin nerede, ne zaman, nasıl pazara sunulacağı gibi sorulara yanıt vermeye çalışan dağıtım kanalı ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin bulunabilmesi, ulaşılabilir olması ve istendiği zaman satın alınabilir olması ile ilgili pazarlama bileşenidir. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilir olmanın iki yönü bulunmaktadır. Birinci yön fiziki ve coğrafi uzaklığı ifade eder ve sağlık kuruluşu ile hasta arasındaki mesafeye işaret etmektedir. İkinci yön ise sevk, hasta kayıt, kabul ve taburcu gibi hastanın sisteme giriş ve çıkışını düzenleyen prosedürleri içermektedir. Sağlık kuruluşunun fiziki olarak yeterliliği, tedaviye başlayana kadar geçen bekleme süresi, sunulan hizmetler için uygun saatler, ayrıca bölgenin seçimi gibi kriterler de ulaşılabilirlik olarak tanımlanabilmektedir.⁸⁸

Güven Faktörü; ürün ve hizmetlerin hem üretilirken hem de müşteriye sunulurken yasal güvenlik prosedürlerine uyması müşteri tatmininde ve geri dönüşümünde büyük önem arz etmektedir.⁸⁹ Güven faktörü sağlık hizmetlerinde diğer ürün ve hizmet alımlarından daha önemli bir konudur. Bunun sebebi ise alınan sağlık hizmetinin direkt olarak insanın yaşamını ilgilendirmesidir. Bu sebeple sağlık hizmeti talep edenler için güven ve güvenlik unsuru bir sağlık kuruluşunu tercih etmede birinci derecede önem arz etmektedir.

İletişim Faktörü; iletişim faktörü müşterinin satın alma potansiyelini etkileyen önemli faktördür. Bu durum müşterinin memnuniyetini ve geri dönüşümünü de önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin hedef kitlesinin verilen sağlık hizmetinden haberdar edilmesi, hizmeti satın alması ve benimsemesi için sağlık hizmetinin hedef kitlelere farklı iletişim kanallarıyla duyurulması gerekmektedir.

⁸⁷ Karaçor v.d., s.96

⁸⁸ Karaçor, v.d., s.97

⁸⁹ Özgüven, s.661

Sağlık hizmetlerini tutundurma bileşenleri olarak reklam, tanıtma, halkla ilişkiler, alıma özendirme ve yüz yüze satışı teknikleri kullanılabilir. ⁹⁰

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

2.2.1. Sağlık İşletmelerinde Müşteri Kavramı

Sağlık hizmetlerinde müşteri kavramı; hastalar ile beraber farklı grupları da içine alabilmektedir. Bu gruplar; hastaların aileleri, hizmeti veren doktorlar, hastabakıcılar ve devlete vergi ödeyenler şeklinde çoğaltılmaktadır. Bu tanıma göre sağlık hizmeti alan müşteriler diğer pazarlama yöntemlerinde de olduğu gibi kuruluş içi (iç müşteri) ve kuruluş dışı müşteriler (dış müşteri) olarak ikiye ayrılabilir. ⁹¹

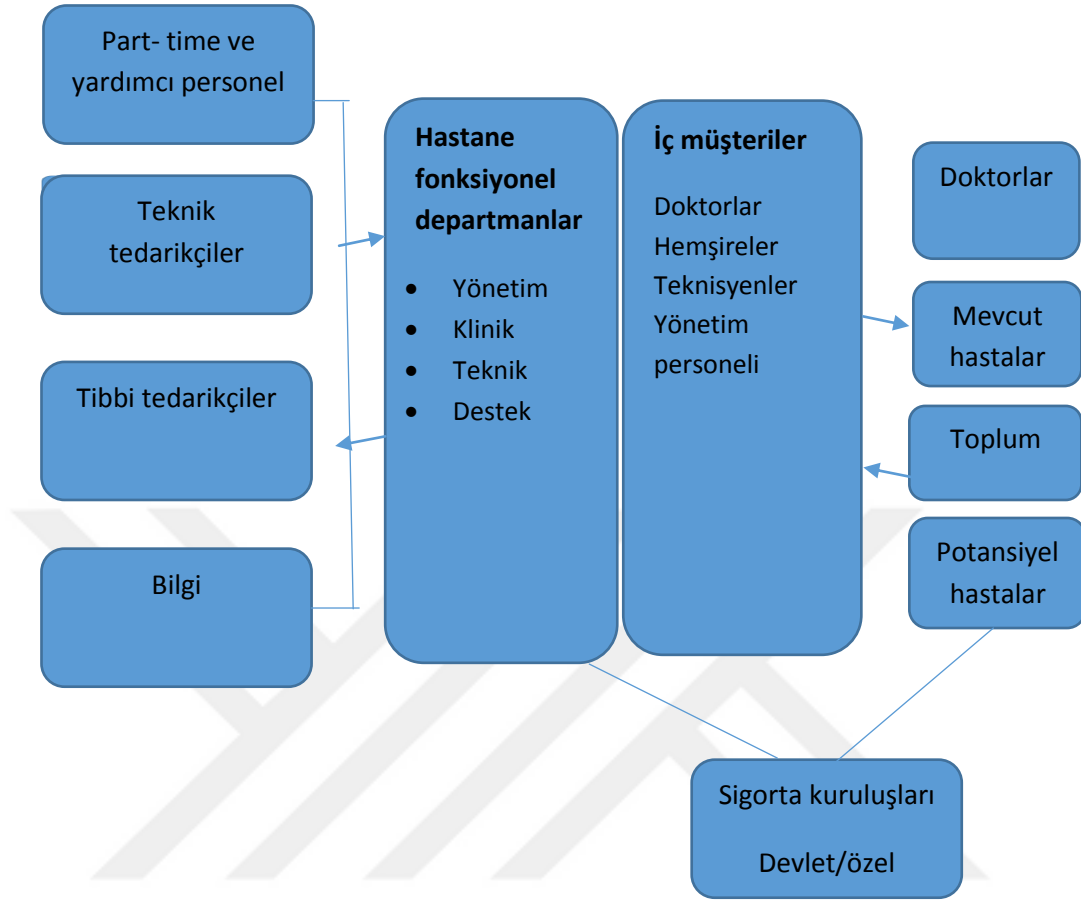
Aşağıdaki şekilde sağlık hizmetlerinde müşteri çeşitleri ayrıntılı bir şekilde açıklanmaktadır.

⁹⁰ Karaçor, v.d., s.97

⁹¹ Cihangir Özcan, “Devlet Hastanelerinde Toplan Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu**, Ankara, 1996, s.9

Tedarikçiler

Dış Müşteriler



Şekil 4: Sağlık Kurumlarında İç Ve Dış Müşteriler

Kaynak: J.S. Rakich, B.B. Longest, K. Darr, **Managing Health Services Organizations**, Health Professions Press, Third Edition, USA. 1992, s.409, alıntı, Filiz Özden Yılmaz, **Hasta Memnuniyetini Belirleyen Faktörler: Bir Uygulama**, Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2010, Yüksek Lisans Tezi, s.5

Sağlık hizmeti talep eden müşterilerin diğer ürün ve hizmet talep eden müşterilerden birtakım farklılıkları bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; sağlık sisteminde hizmeti alanlarla hizmeti verenlerin muhakkak karşılıklı ilişki halinde olması gerekliliğidir. İkinci olarak ise; sağlık hizmeti alan müşteri, bedenen ya da ruhen rahatsızlık hissetmektedir. Bu durum kalite ölçümlerinde mutlaka dikkate alınması gereken bir konudur.⁹²

Sağlık işletmelerinde müşteri, o işletmeden her ne şekilde olursa olsun hizmet alımı yapan unsurlar olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir tanımlamada ise; sağlık

⁹² Derin ve Demirel, s.1116

işletmelerinin tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesinin artık geçerliliğini yitirdiği ve “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumların” müşteri olarak kabul edildiği yönündedir.⁹³

Kamu hizmetlerinde müşteri odaklı yaklaşım açıklanırken, müşteri kavramının kamu yönetiminde uygun bir ifade olmadığı görüşü dile getirilmektedir. Müşterinin herhangi bir işletmenin ürününü veya hizmetini satın alıp almamak, konusunda serbest olduğu, oysaki adalet, güvenlik, sağlık gibi kamu hizmetlerinin başka bir yerden temin etme imkânının olmadığı öne sürülerek kamu hizmetlerinde, müşteri kavramının kullanılmayacağı dile getirilmektedir.⁹⁴

Ancak bu algılama kişiden kişiye farklı değerlendirilebilir. Müşteri odaklılık kavramının kamu yönetiminde kullanılması ilk etapta ilginç gelmektedir. Ancak, kamu kurumlarını da hizmet üreten işletmeler olarak düşündüğümüzde, bu kavramın kamu hizmetleri için de kullanılmasının bir sakınca doğurmadığı görülmektedir.⁹⁵

2.2.2. Hasta Müşteri Memnuniyeti

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, daha öncede ifade edildiği gibi toplumun ihtiyacı olan farklı sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Ne var ki, hızla değişen teknoloji, artan maliyetler, artan hasta şikâyetleri ve yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlık hizmetlerini daha karmaşık hale getirmiştir. Ülkemizdeki sağlık sektöründeki işletmelerin sayısının artması, nüfus artışına göre yine de yeterli olmadığı bir gerçektir. Toplumun gelir düzeyinin artması ise, hastaların daha iyi hizmet beklemesine neden olmaktadır. Sağlık işletmelerinin sayısının yetersizliği, hastanelerde çalışan doktor ve hemşire sayılarının eksikliği, malzeme ve donanım ihtiyacı karşılamadaki yetersizliği bu sektörde düzeltici önlemlerin alınmasını ve hizmet kalitesinin yükseltilmesini gerekli kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini, verimliliğini, etkililiğini ve dolayısıyla performansını değerlendirmede kullanılan önemli kavramlardan biri de hasta memnuniyetidir.

⁹³ Filiz Özden Yılmaz, **Hasta Memnuniyetini Belirleyen Faktörler: Bir Uygulama**, Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2010, Yüksek Lisans Tezi, s.5

⁹⁴ Özkan Dalbay, “**Kamu Yönetiminde Müşteri Odaklı Misyon ve Vizyon**”, **Kamu Yönetiminde Kalite 2. Ulusal Kongresi**, TODAİE Yayını, Ankara, ss.95-105., 1999, s.102

⁹⁵ M. Akif Çukurçayır, “Personel Yönetiminde Değişen Anlayışlar ve Yerel Yönetimler”, **Türk İdare Dergisi**, Cilt 74, Sayı 437, 2002, s. 164, alıntı, Sezer, s.148

Günümüzde sağlık kuruluşları hastaların beklenti ve ihtiyaçları ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet sonuçlarına göre hareket etmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta odaklı anlayışın ön plana çıkmasıyla birlikte hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini değerlendirme çalışmaları önem kazanmıştır.

Hasta memnuniyeti; hastaların aldıkları sağlık hizmeti veya tıbbi bakımla ilgili beklenti, deneyim ve değer yargılarını ihtiva eden ve daha çok hastaların algılamalarına dayanan bir kavramdır. Bu nedenle algılan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik hasta perspektifi şeklinde nitelendirilmeye başlamıştır⁹⁶.

Hasta memnuniyeti, satın alma niyeti ve hasta sadakati üzerinde önemli etkilere de sahip oldukça önemli bir konudur.

Sağlık hizmetlerini sunan, kişi ve kuruluşlar açısından, hasta memnuniyetinin kârlılıkta artış, iyi bir sözel iletişim, hasta sadakati ve hastanın doktor tarafından tavsiyelere uyma eğilimi gibi olumlu sonuçları dikkate alındığında kâr amacı güden kuruluşlar açısından son derece önem taşıdığı görülmektedir.⁹⁷

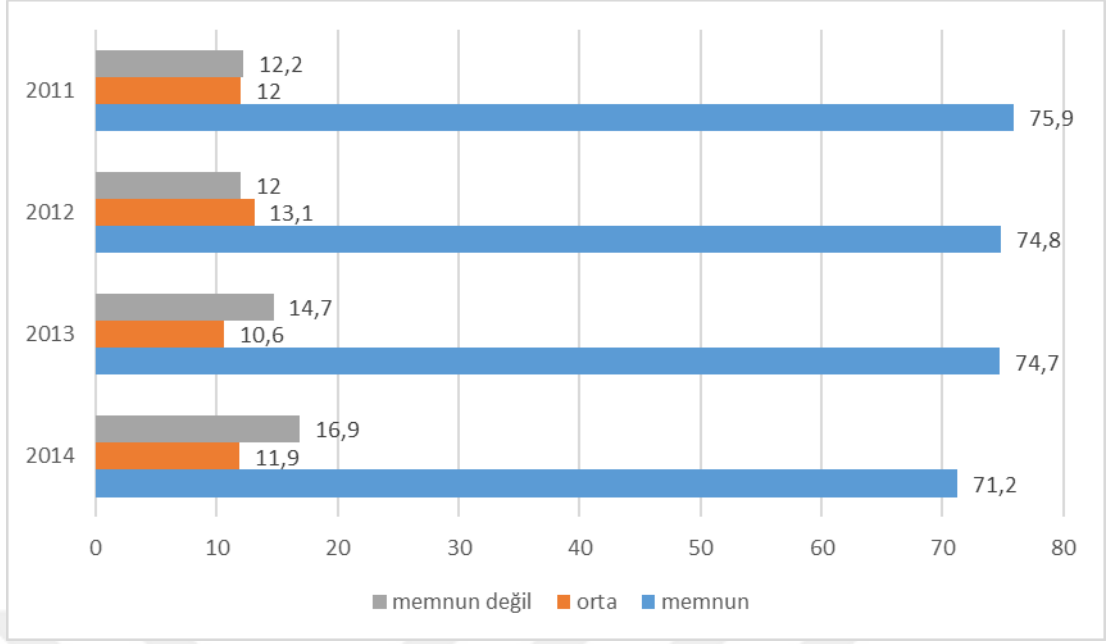
Farklı bir tanıma göre, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasında ki fark olarak tanımlanmaktadır.⁹⁸

Konu ile ilgili ülkemizde sağlık hizmetlerinde memnuniyet ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmış ve çeşitli raporlar hazırlanmıştır. Aşağıda ki şekilde yıllara göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi verilmiştir.

⁹⁶ Harun Kırılmaz, Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması, **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt: 4, Sayı: 1, Ocak 2013, s.13

⁹⁷ Gürcan Papatya, Nurhan Papatya, A. Buğra Hamşioğlu, Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti, **Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 2 Sayı 1, Ocak 2012, s.91-92

⁹⁸ Ali Özer, Enver Çakır, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, **Tıp Araştırmaları Dergisi**, 5 (3), 2007, s. 141



Şekil 5: Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, (%)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı**, 2014, s.133, tkhk.istatistik@saglik.gov.tr

Şekilde görüldüğü gibi en yüksek memnuniyet oranı 2011 gerçekleşirken, bu yıllardan sonra azalma göstermiş ve özellikle 2014 yılında ciddi oranda düşmüştür.

Türkiye’de bireylerin genel mutluluk algısını, toplumsal değer yargılarını, temel yaşam alanlarındaki genel memnuniyetini ve kamu hizmetlerinden memnuniyetini ölçmek, memnuniyet düzeylerinin zaman içindeki değişimini takip etmek amacıyla 2003 yılından itibaren düzenli olarak Yaşam Memnuniyeti Anketi TÜİK tarafından yapılmaktadır. Genel anlamda kamu hizmetlerinden memnuniyetin 2014 yılında azaldığını söylemek mümkündür. Anket sonuçları incelendiğinde tüm kamu hizmetleri içinde son on yıllık dönemde Asayiş hizmetlerinden memnuniyet, 2003 yılından itibaren 2014’e kadar tüm yıllarda en fazla memnun olunan kamu hizmeti olmuştur. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet ise 2003 yılında %39.5 iken 2006 ve 2008 yıllarındaki bir önceki yıla göre azalış göstermesine rağmen genel olarak artarak 2013 yılında %74.7 olmuştur. 2014 yılında diğer hizmetlerdeki memnuniyet oranları gibi azalarak %71.2 olarak gerçekleşmiştir (Bkz şekil 2.7). Sağlık Bakanlığı

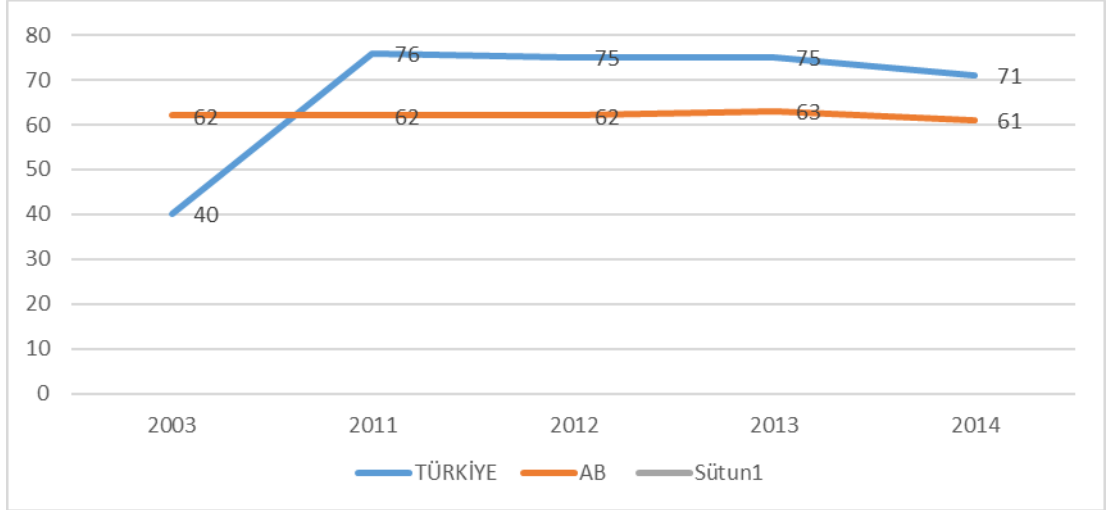
sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyini 2017’de %80 ve 2023’de %85 yapmak hedefindedir.⁹⁹

Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin gelişimini görebilmek için uluslararası seviyedeki bilgilerle karşılaştırmak mantıklı olmaktadır.

Aşağıdaki şekil incelendiğinde, Avrupa Birliği’nde 2003 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet %62 iken 2013 yılında %63 olarak hemen hemen aynı kalmıştır. AB ülkeleri 2013 yılında kişi başına ortalama 2886\$ sağlık harcaması yaparak sağlık hizmetlerinden memnuniyeti %63 yapabilmişlerdir. Yani AB’de %1’lik bir memnuniyet için kişi başına 45.81\$ harcanmıştır. Oysa aynı yıl kişi başına 981\$ sağlık harcaması yapan Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı yaklaşık %75 olmuştur. Buna göre Türkiye’de %1’lik memnuniyetin kişi başına yaklaşık 13\$ sağlık harcaması ile sağlandığı söylenebilir. AB ülkelerinde sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı Türkiye’ninkinden daha fazla olan 11 ülke görülmektedir. Bu ülkelerin kişi başına yaptığı sağlık harcaması ortalama 4198.81\$ olmuştur. Bu harcama Türkiye’nin yaptığı kişi başı harcamanın 4 katından fazladır. Görüldüğü gibi AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında sağlık sektöründe kullandığı kaynak düzeyine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi oldukça iyi seviyededir¹⁰⁰.

⁹⁹ Sağlık Bakanlığı, **Stratejik Plan (2013-2017)**, 2012, s.134

¹⁰⁰ Atalay Çağlar, Ferda Esin Güler, Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet: Etkinlik Ve Mekânsal Etkileşim Analizi, **Journal Of Life Economics (JLE)**, Sayı 4, 2015, Ss, 29-58, s. 34



Şekil 6: Yıllara Göre AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%)

Kaynak: Bulletin of the World Health Organization 2009;87:271-278, Avrupa Komisyonu Social Climate Report 2011,2012,2013,2014, TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2014 Alıntı, T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı**, 2014, s.133.

Türkiye’de il bazında sağlık hizmetlerinden memnuniyet incelendiğinde, 2013 yılında %89.1 ile Isparta’nın en memnun il olduğu görülmektedir. Isparta’yı %88.6 ile Uşak, %88.1 ile Kırıkkale izlemektedir. En düşük memnuniyet oranına sahip iller ise %54.6 ile Hakkari, %57.5 ile Şırnak ve %61.5 ile Muş, %63.3 ile Ağrı, %63.6 ile Tunceli, %64.4 ile Van, %66.8 ile Bingöl olmak üzere Doğu Anadolu Bölgesi illeridir. Ayrıca bu illerin hemen üzerinde Türkiye nüfusunun yaklaşık dörtte birinin yaşadığı en kalabalık şehirler olan İstanbul (%67.4) ve Ankara (%68.1)’nin bulunması dikkat çekicidir¹⁰¹.

Konu ile ilgili yapılan farklı bir çalışmada, Türkiye genelinde sağlık hizmetlerinden en yüksek memnuniyetsizliğe neden olan konular aşağıda ki şekilde ifade edilmiştir. En yüksek memnuniyetsizliğe neden olan durumlar dört başlık altında toplanmıştır. Bu dört durum toplam memnuniyetsizliğin % 37,4’ünü oluşturmaktadır.

¹⁰¹ Çağlar, Gülel, s.35

Tablo 4: Memnuniyetsizliğe Neden Olan En Önemli Dört Faktör (Türkiye)

Aile hekimliğine yeni geçmiş iller		Memnuniyetsizlik	Memnuniyetsizlik Birikimli yüzdesi
Soru no	Sorular		
21	Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	13.82	13.82
20	Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	10.14	23.96
22	Bekleme odasında harcadığınız zaman	7.86	31.82
18	Hekim dışında diğer personelin size yardımcı olması	5.54	37.36

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Araştırma Raporu, 2011, s.19.

2.2.3. Hasta (Müşteri) Memnuniyetinin Önemi

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti sağlık kurumları açısından oldukça önemlidir. Özellikle özel sağlık kurumların devamlılığını önemli ölçüde etkilemektedir.

Hasta memnuniyetinin önemini aşağıda ki gibi ifade etmek mümkündür:¹⁰²

- Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler vermektedir. Hasta tatmini ölçüm sonuçları, örgüte bir ayna görevi yaparak kendilerini değerlendirme olanağı sağlar.
- Hasta memnuniyeti sağlık kuruluşlarının üstünlük ve zayıflığını ortaya koymalarına katkı sağlar.
- Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir.
- Hizmetlerden memnun olan hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadır. Doktorlardan memnun olan annelerin memnun olmayanlara göre daha yüksek oranda isteklerine uyduğu tespit edilmiştir.
- Sağlık hizmetinden memnun kalan bir hasta, gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih edecektir.

¹⁰² Özer ve Çakır, s. 141.

- Sağlık hizmetlerinden memnun olmayan hastalar, hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini tatmin olanlara göre daha çok başkalarıyla paylaşmaktadır.

2.2.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta (Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetleri, müşterileri için hayati öneme sahip ve hata kabul etmeyen bir hizmet alanı olduğundan, diğer kamu hizmetleri ile karşılaştırıldığında, sağlık hizmetlerinin üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir hizmet alanı olduğu ortaya çıkmakta ve sağlık hizmetlerinin olabilecek en yüksek kalitede üretilmesi kaçınılmaz bir sorumluluk haline gelmektedir. Bu sebeple, sağlık hizmetleri sisteminin ana üretimi olan hastanelerin, toplam kalite yönetimi ilkelerine uygun bir şekilde yönetilmeleri gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak, kaliteli, hızlı, hata oranı düşük, hem hizmet alanları hem de hizmet sunanları memnun edecek bir sağlık hizmeti güvence altına alınmış olabilir.¹⁰³

Diğer taraftan sağlık sektöründe rekabet de her geçen gün artmaktadır ve bu durum sağlık işletmelerinin bu rekabetten üstün çıkabilmek için hizmet kalitesine önem verilmesini gerekli kılmaktadır. İşletmelerin nihai amacı, hastalara en iyi hizmeti vererek, onları memnun etmek ve işletmeye sadık birer müşteri haline getirmektir.¹⁰⁴

Hasta memnuniyeti; hastaların almak istedikleri hizmetten bekledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu güçlüklerle, sağlık hizmetinden beklenen performansa, hizmetin sunulmasının hastanın sosyo-kültürel değerlerine uygunluğuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Ancak müşteri memnuniyeti kavramı tanımlanırken, hastanın hizmeti almadan önceki beklentileri ile aldıktan sonraki algılamaları arasındaki fark belirleyici olmaktadır. Yani hasta memnuniyeti hastanın hastaneden ne beklediği ve ne aldığı ile ilgili psikolojik bir tatmin düzeyi olarak kavramlaştırılabilir.¹⁰⁵

Diğer taraftan hasta memnuniyeti; hasta bakım kalitesinin de temel ölçütleri arasında bulunmaktadır. Bu açıdan hasta memnuniyeti hizmet kalitesi ile paralel olarak

¹⁰³ Neslihan Derin, Erkan Turan Demirel. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, **The Journal of Academic Social Science Studies**, Volume 6 Issue 2, p. 1111-1130, February 2013, s.1113

¹⁰⁴ Yılmaz, s.4

¹⁰⁵ Ramazan Erdem, vd., Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi, **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Sayı: 31, Temmuz-Aralık 2008, ss.95-110 s.97

incelemektedir. Bunun yanı sıra hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkilerin her zaman paralel seyretmeyeceği de ileri sürülmektedir.¹⁰⁶

Sağlık hizmetlerindeki hasta tatmininin birkaç bileşeni bulunmaktadır bunlar sırasıyla şu şekildedir.

2.2.4.1. Personel Hasta Etkileşimi

Hastane hizmetleri bir ekip işidir. Kaliteli hizmet ancak hastanede çalışan bütün personelin sorumluluk alması ile mümkün hale gelebilir. Hizmetin bir bölümünde veya hizmet sunan ekibin bir parçasında aksama ya da düzensizlik oluştuğunda, müşterilerin (hasta) bu aksaklıkları algılaması diğer alanlara da etki etmekte ve hastane imajını olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık hizmeti veren işletmenin elindeki teknolojik imkânlar ne kadar gelişmiş olursa olsun eğer hizmeti veren personel nitelik bakımından yeterli özelliklere sahip değilse, hizmet kalitesi de otomatik olarak düşük olacaktır. Hizmet sunumunun yapıldığı her aşamada hastalar ile (müşteriler) birebir temas halinde olan sağlık personeli, hastaların hastaneye bakış açısı ve hizmetlerden tatmin düzeyini etkilemektedir.¹⁰⁷

2.2.4.2. Doktor Davranışı

Doktorların hastalar ile kurdukları ikili ilişkiler ve bu ilişki anındaki beceri, hasta tatminini etkileyen en başat faktördür. Hastalar doktorların verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, doktorun uzmanlık bilgisinden daha çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışlarını göz önünde bulundurmaktadırlar. Ayrıca doktorların hastaya davranışı, hizmetin etkililiğini de artırmaktadır. Hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulduğunda hastalar doktorların önerilerine tamamen uymakta ve tedavileri başarıya daha hızlı ulaşmaktadır.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Erdem v.d., s.97

¹⁰⁷ Mustafa Taşlıyan, Sibel Gök, "Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması." Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2.1 (2012): 69-94. S.77

¹⁰⁸ Taşlıyan ve Gök, s.77

2.2.4.3. Hemşire Hasta Etkileşimi

Sağlık hizmetlerinin sunumunda doktorların ardından hastaların etkileşimde bulunduğu ikinci grup çalışanlar olan hemşirelerin temel görevi, sağlıklı ya da hasta bireye sağlık hizmetinin sunumunun sonuna kadar yardım etmektir. Bu sebeple aynen doktorlarda olduğu gibi hemşirelerinde hasta ile kuracakları empatik iletişim hem hastalığın aşılması hem de müşteri memnuniyetinin oluşmasında önemli bir etken durumundadır.

2.2.4.4. Bilgilendirme

Hasta ve yakınlarının doktorlar tarafından sürekli ve düzgün bir şekilde bilgilendirilmesi, onların hastalık durumunu daha kolay ve anlayışlı bir şekilde karşılayabilmelerini sağlamaktadır. Hasta sağlık kuruluşundan durumunu, ne kadar süre sağlık kuruluşunda kalacağını ne tür tedavi alacağını bilmek isteyecektir. Hastaların; sağlık durumu hakkında bilgilendirilmelerinin, hasta tatminini etkilediği çeşitli araştırmalar da saptanmıştır.¹⁰⁹

2.2.4.5. Beslenme Hizmetleri

Hastaların tatminlerini etkileyen faktörlerden bir diğeri de hastane de verilen beslenme hizmetleridir. Hastalar sadece yiyeceklerin kalitesinden değil, yiyeceği sunan kişilerin yemeğin sunuluş biçiminden ve fiziki görüntüsünden de etkilenmektedirler. Hastaya sunulan yemeğin sunumu iyi olduğunda, hastalar hizmetleri kaliteli olarak görmektedirler.¹¹⁰

2.2.4.6. Fiziksel ve Çevresel Koşullar

Hastanenin ve hastanede hizmet alınan odaların fiziksel koşulları, hastaların önemle üzerinde durdukları ve tatmin aradıkları boyutlardan birisi olarak öne çıkmaktadır. Odaların fiziki olarak yetersiz koşulları, hastaların mutlaka şikâyet nedeni,

¹⁰⁹ Taşlıyan ve Gök, s.77

¹¹⁰ Taşlıyan ve Gök, s.77

tatminsizlik unsuru olmakta ve yeniden tercih edilme şansını yok etmektedir. Fiziksel ortam, tüketicinin hizmet satın alımı öncesinde de aradığı önemli kriterlerden biridir.¹¹¹

2.2.4.7. Bürokrasi

Hasta tatmini etkileyen önemli boyutlardan birisi de özellikle kamu hastanelerindeki bürokratik engellerden kaynaklanan zaman kayıpları, işlemler sırasında uzun beklemler memnuniyetsizlik faktörlerinden biri olarak ortaya çıkmaktadır. Pek çok hastane için, hastaların yatış ve taburculuk hizmetleri, hastaların ve yakınlarının uzun süre bekletilmeleri sebebi ile problem haline dönüşmektedir.¹¹²

2.2.4.8. Güven

Hastanın yabancılik çektiği ve korktuğu bir ortama uyum sağlamasının, mümkün olduğunca kısa sürmesi, hastanın kendisini güvende hissetmesi ile yakından ilişkilidir. tatmin boyutlarından birisi olarak hastanenin tıbbi bakım ve tedavisine, ekibine ve ortamına duyulan “güven” hastalar için önem arz etmektedir. Hastalar, kendilerine yapılan teşhis ve tedaviden emin olmak istemektedirler. Çoğu zamanda tıbbi bakımın özellikleri ve hastanın durumu sebebi ile hastalar tedavi hakkında karar verici konumda bulunmamaktadırlar. Bu yüzden de hastaların hastaneye, sağlık personeline ve verilen tıbbi bakıma en başından güven duymaları çok önemlidir.¹¹³

2.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Etkileyen Teknik Faktörler

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin diğer boyutu da teknik kalitedir. Teknik kalite sunulan hizmetlerin, hastanın sağlık durumunda arzulanan değişikliği yaratma argümanı olarak görülebilmektedir. Bu sebeple teknik kalitenin sağlık hizmetlerinin klinik etkililiği ile aynı anlama geldiği ileri sürülmektedir. Teknik kalitenin sağlanması için sağlık hizmetleri sisteminin yapı ve süreçlerinin birlikte

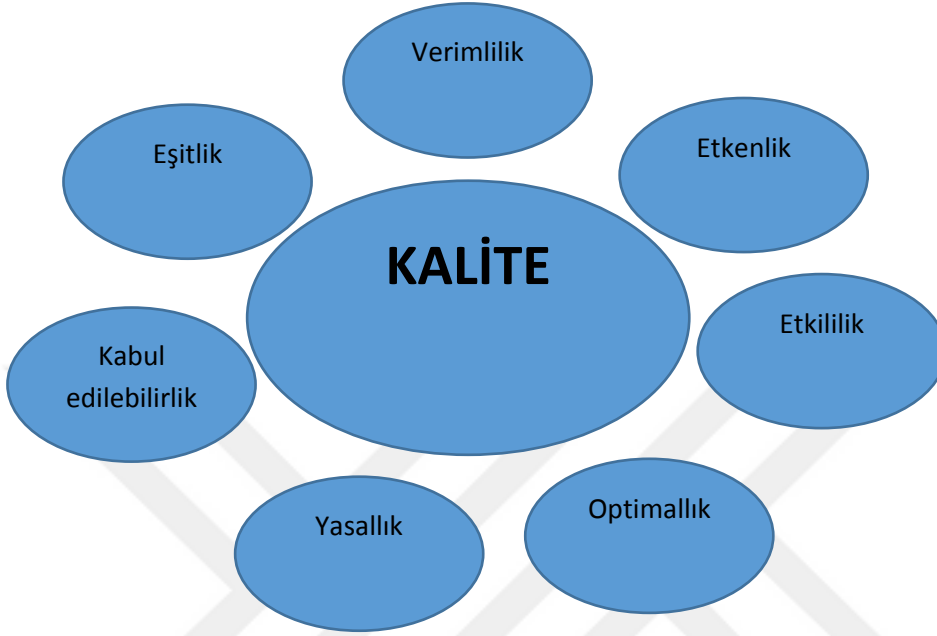
¹¹¹ A.E. Esatoğlu, “Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi”, Hacettepe Üniversitesi Doktora Tezi, Ankara. 1997, S.62

¹¹² Esatoğlu, s.64

¹¹³ Esatoğlu, s.66

değerlendirilmesi gerekmektedir. Donebedian'a göre bir sağlık hizmetinin kalitesinin yedi temel özelliği bulunmalıdır.¹¹⁴

Bu özellikler Şekil 7' de aşağıda ki gibi ifade edilmiştir.



Şekil 7: Sağlık Hizmetinin Kalitesinin Yedi Bileşeni

Kaynak: Erkan Bülent Haberal, **Hasta Ve Refakatçı Tatmini: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Uygulama**, Başkent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2012, s.10

2.2.5.1. Etkenlik

Etkenlik (Efficacy): Etkenlik tıp biliminin ulaştığı en son gelişmelere dayalı olarak; mevcut kaynaklar ve olanakların etkin bir şekilde kullanılarak hastanın sağlığında yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade etmektedir. Diğer bir deyişle etkenlik, sağlık kurumunun potansiyelini, mevcut teknolojiye ve bilimsel bilgiye

¹¹⁴ Avedis Donebedian, "Seven Pillars of Quality" Arch. Pathol. Lab Med Vol: 114, 1990 November, ss 1115-1119. Alıntı, Erkan Bülent Haberal, **Hasta Ve Refakatçı Tatmini: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Uygulama**, Başkent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2012, s.10

dayandırarak yapmış olduğu faaliyetleri içermektedir. Etkenlik araştırma, deneyim ve profesyonel fikir birliğinin bir bütünüdür.¹¹⁵

2.2.5.2. Etkililik

Etkililik, hastaların sağlık durumunda gerçekleşmesi gereken somut değişikliklerdir. Eğer alınan sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratır ise verilen hizmetin etkili olduğu düşünülebilir. Tersine hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan hizmetlerin, diğer özellikleri iyi olsa dahi, etkili, olarak kabul edilmeyeceği aşikârdır. Etkililik, verilen hizmetlerin, ideal hizmete göre bireyin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yaptığı değişiklikler esas alınarak ölçülebilir.¹¹⁶

2.2.5.3. Verimlilik

Verimlilik (Efficiency): Sunulan hizmetlerin maliyeti ile ilgilidir ve etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilme derecesin ifade etmektedir. Verimlilik, üretilen mal ve hizmetlerin ve bunları üretebilmek için kullanılan hammadde maliyetlerinin toplamına oranı olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik ise; etkili bir tedavi hizmetinin en az maliyetle üretilmesi gereksiz veya uygun olmayan bir tedavinin yapılmaması, bakım hizmetinin gereksiz şekilde uzatılmaması ile sağlanabilir. Verimlilik çalışması uygun şekilde yapıldığında hem mali anlamda bir kazanımı olmakta, hem de hastanın en uygun sürede yeniden sağlığına kavuşması sonucunu doğabilmektedir. Daha kısa sürede sağlığına kavuşan bireyler yeniden sosyal hayatlarına dönebilmekte yaşanan işgücü kaybını sonlandırarak üretim hayatına dönmektedirler.¹¹⁷

2.2.5.4. Optimal Olma

Optimallik, belirli amaçlara bağlı kalarak bir değişkenin ulaşabileceği en iyi değerini belirten kavramdır. Sağlık hizmetlerinde optimallik denildiğinde ise, hastaya verilen

¹¹⁵ Şükran Burçoğlu Karaca, **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama**, Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014, s.39

¹¹⁶ Haberal, s.9

¹¹⁷ Karaca, s.40

hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında dengenin sağlanmasıdır. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile meydana gelen fayda arasında maximum dengenin kurulduğu noktadır.¹¹⁸

2.2.5.5. Kabul Edilebilirlik

Kabul edilebilirlik, (Acceptability): hastaya verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyuşması anlamına gelmektedir. Bir hizmetin kabul edilebilir olması için;

- Hizmete erişim ve kullanımın kolay olması
- Hizmet sunanların kişilerarası ilişkilerinin yeterli düzeyde olması,
- Hizmet ortamının rahatlatıcı ve guven verici olması,
- Hizmetlerin etkili ve ucuz olması gibi şartları taşıması gerekmektedir.

Ayrıca sağlık hizmeti verilen kurumun hastaya uzaklığı, ulaşımın maliyeti, sağlık kurumunun hizmet verdiği saatler, hastanın sağlık sigortasının olup olmaması ve kapsamı, hastaların etnik veya dini tercihlerine gosterilen tolerans da kabul edilebilirlik ilkesi kapsamına alınmaktadır.¹¹⁹

2.2.5.6. Yasallık

Yasallık (Legitimacy): Verilen hizmetlerin, toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse, toplum tarafından kabul gormeyecektir.

2.2.5.7. Eşitlik

Eşitlik (Equity): Sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesi tüm bireylere adil ve eşit bir biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında hiçbir surette ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması için çalışılması şeklinde açıklanabilmektedir. Her insan hasta olarak eşit haklara sahiptir. Her birey hak ettiği ve hastalığının gerektirdiği şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanmalıdır. Sağlık

¹¹⁸ Karaca, s.40

¹¹⁹ Haberal, s.10

hizmetleri kamu hizmeti olduğundan adil bir şekilde dağıtılmasına özen gösterilmelidir.¹²⁰

2.3. SAĞLIKTA HİZMET SUNUMUNA YÖNELİK GÜNCEL UYGULAMALAR

2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2002 yılına kadar Türkiye’de uygulanan sağlık sistemi gerek sosyal olarak yarattığı eşitsizlikler gerekse ekonomik anlamda hem devletin hem de vatandaşın üzerine yüklediği yüksek maliyetler sebebi ile uygulanamaz hale gelmiştir. Bu durum özellikle hasta ve hastane çalışanlarında önemli ölçüde memnuniyetsizliğe sebep olmuştur. Bu anlamda 2002 yılından itibaren kamuoyuna duyurulan ve 2003 yılından itibaren uygulamaya koyulan “ sağlıkta dönüşüm programı” nı özellikle hasta (müşteri) memnuniyeti açısından incelemek gerekmektedir.

2.3.1.1.Sağlıkta Dönüşüm Programının Gündeme Gelme Sebepleri

Türkiye’de 2002 yılından evvel sağlık alanındaki temel problemlerden en önemlileri aşağıdaki maddeler halinde özetlenebilir:¹²¹

- Sağlık finansmanı ve hizmet sunumu yapısı parçalı durumdadır.
- Halkın büyük bir bölümünün özellikle tarım iş kolunda çalışanların sağlık güvencesi yoktur.
- Sağlık hizmetlerine erişimde SSK’lı Emekli Sandığı gibi kurumlar sebebi ile eşitsizlik söz konusudur.
- Sağlık harcamalarının büyük bölümü, hastanelere gitmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak çok az olduğundan sağlık kaynaklarının verimsiz kullanılması söz konusu olmaktadır.

¹²⁰ H. Çatalca, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, İstanbul, Beta Yayın, 2007, s.18

¹²¹ Burçak Önder, **Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi**, Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2013, s.84

- Sevk sistemi efektif bir şekilde çalışmadığından, kayıt dışı ödemeler yüksek düzeylere çıkmıştır.
- Hastaneler verimsiz çalışmakta personel etkin bir şekilde kullanılamamaktadır.
- Sağlık kurumlarındaki idari düzenlemeler çok parçalı bir yapıdadır, sağlık kurumları arasında eşgüdüm yoktur.
- Nüfusun çoğunluğunun sağlık sigortası kapsamında görünüyor ve birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz yararlanıyor olmasına karşın, hizmet sunumunda ciddi sorunlar ve farklılıklar oluşmuştur.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin kalitesi düşüktür. Bu sebep ile çoğu ayaktan tedavi başvurusu hastanelere yönlendirilmektedir.
- Diğer Avrupa ülkelerine nazaran özellikle bebek ve çocuklar ile ilgili sağlık göstergeleri oldukça düşüktür.
- Bölgeler arasında sağlık ve sağlık hizmetlerine ulaşım göstergeleri açısından önemli farklılıklar söz konusudur. Bu eşitsizlikler kırsal/kentsel batı bölgeleri/doğu bölgeleri ve sosyo-ekonomik düzeyler arasında yaşanmaktadır.
- Nüfusun özellikle taşrada yaşayan çiftçilerin önemli bir bölümü sosyal güvenlik kapsamı dışında kalmıştır. Kapsam dışında kalanlar aynı zamanda sosyo-ekonomik düzeyde de toplumun dezavantajlı kesimini oluşturmuştur.
- Sağlık Bakanlığı'nda buna bağlı olarakta sağlık kurumlarında yaşanan yönetsel verimsizlikler, kamu sağlık sektörünü olumsuz yönde etkilemektedir.
- Kamu ve özel sektör arasında kaynakların ve hastaların düzensiz bir şekilde yer değiştirmesi, kamu kaynaklarının özel sektörün amaçları için harcanmasına yol açmaktadır. Ayrıca, özellikle toplumun yoksul ve sağlık sigortası kapsamında olmayan kesimlerinde sağlık hizmetlerine erişim için önemli ölçüde kayıt dışı ödeme yapılması sorunu ortaya çıkmaktadır.
- Sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili önemli problemler bulunmaktadır. Sağlık güvencesine sahip nüfus için bile sağlık hizmetlerinde tam bir kapsama sağlanamamakta ve yetersiz sigortalılık durumu ortaya çıkarmaktadır.
- Sağlık sistemi içerisindeki sevk sisteminin iyi çalışmaması hastane hizmetlerinin gereksiz kullanımına sebep olmakta, hastane poliklinikleri, çok basit hastalıklar için bile birinci basamak sağlık kurumu olarak hizmet vermek zorunda bırakılmaktadır.

- Sağlık alanında görevli insan kaynaklarının bölgeler arasında dengesiz dağılımı sebebi ile özellikle uzman hekimlerin kentsel alanlarda yoğunlaşması, kırsal kesimde hizmetlere erişimi olumsuz etkilemektedir. Hizmet finansmanında da bu dönemde benzer bir parçalanmış yapı görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin finansmanında en büyük problem herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun durumudur. Türkiye’de sağlık güvencesine sahip nüfusun 2000’li yıllarda %80’ler seviyesinde olduğunun resmi istatistiklerde belirtilmesine karşın 2003 yılında birbirinden bağımsız olarak yapılan iki araştırmada bu rakamın aslında %67’ler civarında olduğu anlaşılmıştır.¹²²

Ayrıca sağlık hizmetlerinde yönetimin aşırı merkeziyetçi olması, sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu kuruluşlar arasında eşgüdümün eksikliği, nitelikli yönetici yetiştirme programlarının yaratılmaması ve yönetim sürecinde bilgi desteğinden yeterince faydalanılmaması sağlıkta dönüşümü gerekli hale getirmiştir.¹²³

2.3.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hedefleri

Sağlıkta dönüşüm programında Amaç olarak ilan edilen üç kavram şu şekilde ifade edilebilmiştir:

2.3.1.2.1. Etkililik

Sağlıkta dönüşüm programı vasıtasıyla uygulanmaya başlanan politikalarla halkın sağlık düzeyinin artırılması hedeflenmiştir. Sağlık hizmetinin halka sunulmasındaki en önemli amaç, vatandaşları tedavi etmekten önce hastalanmalarını önlemektir. Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulması, gerekmektedir¹²⁴.

Etkin bir şekilde hayata geçirilen “Aile Hekimliği” sistemi ile özellikle sevk zincirinin etkin bir şekilde uygulanması birinci basamak sağlık hizmetlerinde her bireyin bir aile hekiminin olması ve bireyi sağlığı yönünden aynı hekimin takip ederek bütün bilgilerini güncellemesi ve sağlık hizmetleri kayıtlarını tutması açısından önemli bir gelişme olmuştur.

¹²² Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara.2004, s. 14-29.

¹²³ Arif Erençin, Vesim Yolcu, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Ve Yerinden Yönetimi, **Memleket Siyaset Yönetimi**, Cilt: 3, Sayı: 6, 2008/6, S.118-136 S.123

¹²⁴ Habibe Erdoğan, **Türkiye’de Sağlık Politikaları Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003–2010)**, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014, s.106s

Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulması ve vatandaşlar açısından etkili kullanılması sonucunu getirmiştir. Ayrıca ikinci basamakta tutulan elektronik hasta kayıtlarının, birinci basamakta elektronik olarak tutulan hasta kayıtları ile birleştirilebilmesi sonucunda da hasta takibi kolaylaşmakta sonuç olarak ise hasta memnuniyeti artmaktadır.

2.3.1.2.2. Verimlilik

Elde bulunan kaynakların yerinde ve efektif kullanımı ile maliyetlerin düşürülmesi, yani en az maliyetle en iyi ürünün ve ya hizmetin üretilmesi olarak tanımlanmaktadır. Verimliliğin artırılabilmesi için kaynağın kullanıldığı her adım planlanmalı ve sistemin her parçasının uyumlu bir şekilde çalıştığı kontrol edilmelidir. Sağlık alanında çalışan insan kaynaklarının efektif dağılımı, kullanılan malzemenin etkin yönetimi, doğru ilaç kullanımı, profesyonel sağlık işletmeciliği ve koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları bu esas kapsamında değerlendirilebilir¹²⁵.

2.3.1.2.3. Hakkaniyet

“Hakkaniyet, bütün insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmaları, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması ilkesidir.” Sağlık hizmet sunumunda kullanılan mevcut sınırlı olan kaynakların gereksinim duyan her bireye, coğrafi şartlar gözetilmeden eşit olarak ulaşılabilir olmayı ifade eder.¹²⁶

Hakkaniyet sözcüğü sağlık dönüşüm programının en temel öğeleri arasında ve her fırsatta dile getirilen önemli bir olgu haline gelmiştir. Bir ülkenin tüm bireyelerinin aynı ölçüde, gereksinim duyduğunda aynı hizmetten faydalanması olanağı mükemmel bir gelişmedir. Hakkaniyetteki amaç, kıır-kent ayrımı olmaksızın, sağlık göstergelerinin aynı yönde olmasıdır. Fakat bu bölgede sağlık hizmetleri sunanların eğitim ve donanım açısından farklılıkları da aşikârdır¹²⁷.

¹²⁵ Erdoğan, s.107-108

¹²⁶ Emel Aykır, **2002-2012 Sağlık Politikaları Ve Sağlıkta Dönüşüm**, Beykent Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, 2014, s.39

¹²⁷ Erdoğan, s.108-109

Tablo 5: Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve Hedefleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları	Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları
Birinci basamak Sağlıkta dönüşüm programı için gerekli ortamın oluşması, finansal kaynakların kuvvetlendirilmesi, hizmet kalitesinin gelişimi, devamlılığın sağlanması ve sigorta işleyişinde kapsamın geniş tutulmasını içerir.	2015 yılının sonuna kadar anne ölüm hızının azaltılması 2015 yılının sonuna kadar bebek ölüm hızının azaltılması Sağlık hizmetlerinden vatandaşların yararlanabilmesi için önlerine maddi engel çıkarılmaması
İkinci basamak Aile hekimliği hizmetinin başlaması ve genel sağlık sigortasının uygulanmasında gerekli bütün işlemlerin hazırlanmasını içerir.	Sağlık hizmetlerinin kullanılmasında Avrupa Birliği standartlarında olmasının sağlanması Sağlıkta harcamaların ülkenin ekonomisi ile paralel düzeyde artışının sağlanması Sigorta hizmetinde ki genel vergilerin azaltılması

Kaynak: Aktaran Habibe Erdoğan, **Türkiye’de Sağlık Politikaları Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003–2010)**, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014, s.109

Kamuda değişen yönetim anlayışının sağlıkta uygulanan şekli olarak karşımıza çıkan sağlıkta dönüşüm programı üç başlık altında toplanabilir.¹²⁸

Bunlardan ilki doğrudan piyasa temelli reformlardır. Bu ilke altında hizmeti sunanlar arasında rekabet ortamının sağlanması ve hizmetten faydalananların hizmet maliyetinin bir kısmını karşılaması yaklaşımı yer almaktadır.

İkinci başlıkta ise dolaylı olarak yaratılan pazar temelli reformlar yer almaktadır. Buna göre hizmet üreticisi ile hizmet sunucusunun farklılaştırılması ve sözleşme yapma gibi rekabeti teşvik edici önlemleri içermektedir.

Üçüncü reform başlığı ise yerinden yönetime yönelik yapılandırmaları içermektedir. Bu yöndeki reform çabaları, 1970’lerden itibaren başlayan sosyal devlet ilkelerinden kopuş niteliği taşıyan ve neoliberal politikalara uyum çalışmalarının boyutlarından birisidir.

¹²⁸ Erençin ve Yolcu, s.118

2.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının İlkeleri

Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması ya da dönüştürülmesi sürecinde sağlık alanında yapılması amaçlanan dönüşümü ifade eden “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) 2003 yılının Haziran ayında kamuoyuna açıklanmış ve temel çalışma ilkeleri şu şekilde sıralanmıştır:¹²⁹

- İnsan merkezlik: Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak olan kişiyi, kişinin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı konu edinmektedir. Sağlıkın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.¹³⁰ Sağlık sisteminin sürdürülebilmesi ve geliştirilmesine yönelik politikalar oluşturulurken, öncelikli hedef bireylerin beklentilerine cevap verebilmek ve sistemin önceliğine bireylerin memnuniyetini koyabilmektir. Bu anlamda sağlık politikalarının gerçekleştirilmesi aşamasında olduğu kadar sağlık hizmeti sunumunda da kişilerin beklentilerine öncelik tanınmasını kapsamaktadır.¹³¹
- Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin ülke şartları ve kaynakları ile uyumlu hale getirilmesi ve kendini besleyerek bir devamlılık kazanması ilkesini ifade eder.¹³²
- Sürekli kalite gelişimi: kişilere sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda varılan noktayı yeterli görmeyerek, sürekli daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarını ayıklamasını ve öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade eder.¹³³
- Katılımcılık: Sistemin yerleştirilmesi ve uygulaması sırasında, hem hizmet alanların hem de hizmet sağlayanların görüş ve önerilerinin alınması ve ayrıca tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Aynı zamanda bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin bir araya getirilerek, uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.¹³⁴

¹²⁹ Döndü Sönmez Özkan, **Sağlıkta Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri**, Süleyman Demirel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2012, s.36

¹³⁰ Nazan Yardım ve Diğerleri (Ed.), 21 **Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek**, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007, s. 146-147 s.

¹³¹ Erdoğan, s.112

¹³² Önder, s.92

¹³³ Aykır, s. 41

¹³⁴ Aykır, s. 41

- Uzlaşmacılık: Demokratik bir sağlık yönetimin ilkesel olarak ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine, yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında optimallik sağlanması ve tüm tarafların bu yeni duruma uyması hedeflenmektedir.¹³⁵
- Gönüllülük: verilen sağlık hizmetinde arz veya talep eden, farklılığının ortadan kaldırılarak, sistem içerisinde yer alacak bütün bileşenlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sağlık sisteminde hizmet üretenler ve hizmet alanlar arasındaki ilişkinin zoraki değil, teşvik edici önlemler sayesinde gönüllü bir şekilde yer almalarını teşvik etmeyi amaçlamaktadır.¹³⁶

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetler gibi ertelenemez ve bekletilemez olma özelliği sebebiyle gönüllülük esasının uygulanması şarttır. Özellikle sağlık personelinin nerede ne zaman ve ne şartlarda çalıştırılacağı analiz edilmeli ve gönüllük esasına dayandırılarak istihdam sağlanmaya çalışılmalıdır.¹³⁷

Güçler Ayrılığı: Güçler ayrılığı ilkesi ile sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlayan, denetleyen ve hizmeti üreten kurumların birbirlerinden ayrılması, hizmetlerin birbirlerinden bağımsız olarak gerçekleştirilmesi ve kurumların görevlerini yerine getirirken bir çıkar çatışmasını yaşamamasını sağlamayı ifade eder.¹³⁸

Desantralizasyon: Sağlık kurumlarının, merkezi yönetimin dayattığı hantal yapıdan kurtarılarak, değişen ve gelişen koşullara uygun şekilde yerinden yönetim ilkesine göre teşkilatlandırılması hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden muhtar hale gelen işletmeler daha hızlı bir karar alma mekanizmasına sahip olacak ve bu sayede ellerindeki kaynakları verimli kullanabilecektir.¹³⁹

Hizmette Rekabet: Sağlık hizmeti sunumunu devletin tekeli olmaktan çıkarıp, uluslararası standartlara uygun, farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlayan ve

¹³⁵ Özkan, s.37

¹³⁶ D. Tengilimoğlu, O. Işık, M. Akbolat,, **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Ankara, 2009 s.101

¹³⁷ Erdoğan, s.116

¹³⁸ Erdoğan, s.116

¹³⁹ Önder, s.93

böylelikle de sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşturan sistemleri ifade eder.¹⁴⁰

2.3.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenleri

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile sağlık hizmeti sunumunda yeniden yapılanma, sağlık hizmetine tüm taraflar için erişimin kolaylaştırılması, sağlık eğitiminin etkinleştirilmesi, sağlık alanında çalışacak insan gücü yetiştirilmesi, sağlık personelinin ekonomik durumlarının iyileştirilmesi, hasta haklarının genişletilmesi, sağlık hizmet sunumunda kalite standartlarının geliştirilmesi, hastanelerin sağlık hizmet sunumu kalitesi açısından belgelendirilmesi, kamu hastanelerinin tek yönetim altında birleştirilmesi, kamu hastanelerinin işletilmesinde desantralizasyona gidilmesi hedeflenmektedir.¹⁴¹

Sağlıkta Dönüşüm Programında, toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler şunlardır:¹⁴²

- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi,
- Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyon ile Çalışan Sağlık İnsan Gücü,
- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları,
- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon,
- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma,
- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

2.3.3.1. Aile Hekimliği Uygulaması

Türkiye’de uygulanmakta olan aile hekimliği sistemi kişisel hekimlik uygulamasıdır. Kişisel hekimlik uygulamasının en önemli özelliği ise kişi odaklı olmasıdır. Yani sağlık hizmeti alan kişilerin ihtiyaç ve isteklerinin göz önünde bulundurulmasıdır.

¹⁴⁰ Önder, s.93

¹⁴¹ Kıymet Fettah ve Bayram Şahin, “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 2009, c. 2, s.2, s. 180

¹⁴² Önder, s.96

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygın olarak kullanılmasına olanak sağlayan aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyetinin önemi tartışılmazdır.¹⁴³

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en önemli argümanlarından olan Aile Hekimliği müessesesi herkesin kolayca erişebileceği ve herhangi bir engelle karşılaşmadan, tüm sağlık sorunlarını danışabileceği aile hekiminin olması anlamına gelmektedir. Aile hekimliği sisteminde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada sunulmasını ve bireylerin hekimlerini kendi kararları ile seçebilmelerini ifade eder.¹⁴⁴

Aile hekimliği sistemi ile bir aileye ait tüm bireylerin nerede yaşadığı, ailenin yaşam kalitesi ve sağlık ile ilgili tüm verileri kayıt altına alınmaktadır. Ailenin bütün bireyleri istisnasız aile hekiminin hizmetinden yararlanabilmektedir. Ayrıca aileye uzun süre misafir olan yakınları da aynı hizmeti alabilmektedir. Bunun yanında aile hekimleri vatandaşlar için ikinci basamak tedavide yol gösterici görev de üstlenmektedir. Gerekli durumlarda tedavi için uzman kadroların bulunduğu sağlık kuruluşlarına yönlendirilme yapabilmektedir. Aile hekimi uygulaması ile sevk zincirinin başlangıç noktası oluşturulmuş bulunmaktadır.

Aile Hekimliği uygulamasının gerçek sebebi sevk sisteminin mevcut yapısından kaynaklanan birinci ve ikinci basamak sağlık işletmeleri arasındaki uyumsuzluk ve yığılmaların önlenmesidir.¹⁴⁵

Ayrıca aile hekimliği uygulaması ile zaman ve kaynak israfının da önlenmesi hedeflenmektedir.¹⁴⁶

TC. Sağlık Bakanlığı Tarafından 2013 yılında Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde, Aile Hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir;¹⁴⁷

- Aile sağlığı merkezlerini yönetmek, merkezdeki ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak.

¹⁴³Zennure Karadağ, Belgin Aydın, Sabahattin Aydın. Aile Hekimliği Uygulamasında Aile Hekiminin Özelliklerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi, **Uluslararası Sağlık Ve Hastane Yönetimi Kongresi**, 2007, s.562

¹⁴⁴ Ateş, M. Sağlık Sistemleri, İstanbul beta yayıncılık, 2013 s.120

¹⁴⁵ Ateş, s.120

¹⁴⁶ Ateş, s.120

¹⁴⁷ Yaprak Boysan, **Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Aile Hekimlerinin Yaşadığı Problemler Ve İş Tatmin Düzeyleri : Bursa Alan Araştırması**, Yalova Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014, s.57-58

- Kendisine kayıtlı aileleri ve aile bireylerini bir bütün olarak ele alıp yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini vermek.
- Görev yaptığı bölgenin sağlık hizmetlerinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezleri ile eş güdümlü içinde çalışmak. Toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren problemleri Toplum Sağlığı Merkezi ile paylaşmak.
- Kendisine kayıtlı hastaların değerlendirmesini yapmak, bunun için 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunarak aileler ile iletişime geçmek.
- Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile danışmanlık hizmetlerini vermek.
- Kayıtlı hastalarına sağlık ile ilgili rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler üretmek ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- Kayıtlı kişilere periyodik olarak sağlık muayenesi yapmak.
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik bulguları ve taramaları yapmak.
- Evde kalan ve takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, iyileştirme ve danışmanlık hizmetlerini sağlamak,
- Aile sağlığı merkezi ortamında teşhis veya tedavisi yapılamayacak durumdaki hastaları uygun kuruma sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini alarak değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordine edilmesini sağlamak. Laboratuvar hizmetlerinin verilmesine imkân yaratmak.
- Kayıtlı hastalarına vermiş olduğu hizmetler ile ilgili oluşan sağlık kayıtlarını tutmak ve hem hastaya hem de sağlık kurumlarına gerekli bildirimleri yapmak.
- Kendisine kayıtlı kişilerin durumlarını en az yılda bir kez değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- Gereken durumlarda hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini sağlamak.
- İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiyeye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.
- Kurum tarafından belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere iştirak etmek.

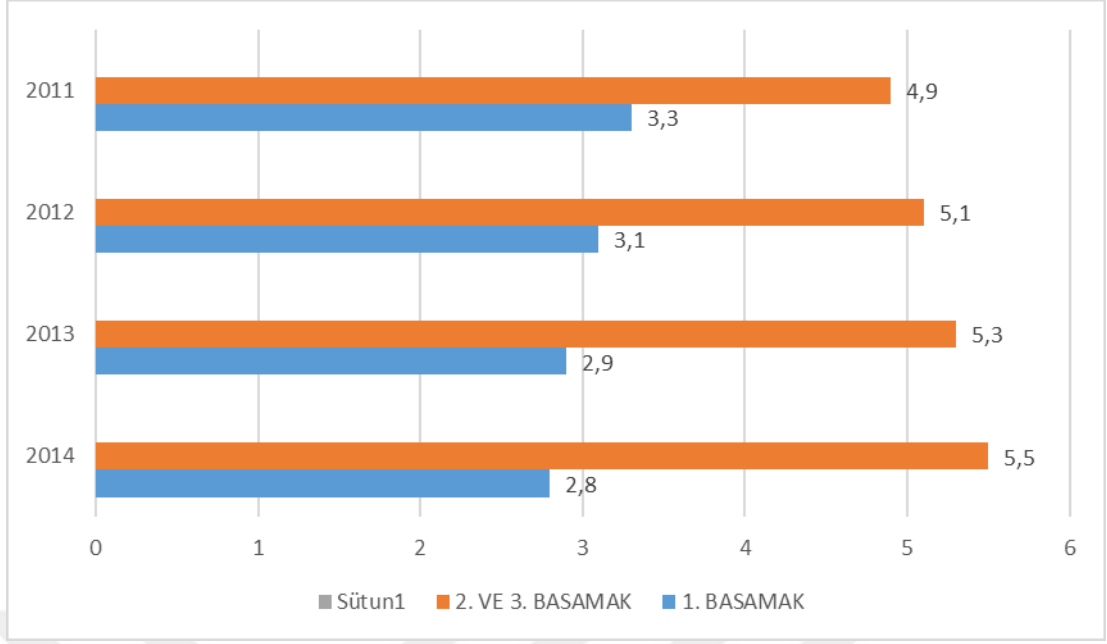
- Kurum tarafından mevzuat ile verilen diğerk görevleri yapmak.

Aile Hekimleri tam gün esasına göre çalışmaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerinde haftada 40 saat mesai yapmak zorunluluğu bulunmaktadır. Mesai saatleri ve günleri çalışma bölgesinin koşullarına ve kayıtlı kişilerin ihtiyaçlarına uygun bir şekilde hekim tarafından belirlenir ve yerel sağlık idaresince onaylanır. Yapılan ev ziyaretleri ve gezici sağlık hizmetleri de 40 saatlik çalışma süresine dahil edilir. Aile hekiminin günlük rutin görevleri şu şekilde belirlenmiştir;¹⁴⁸

- Hastalarını hayati önem taşıyan hastalıklarda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirmek.
- Rutin Hasta Bakımları için (Çocuk aşuları, gebe takipleri) diğerk sağlık görevlileri ile koordineli çalışma yürütmek.
- Sigara, içki madde kullanımı gibi zararlı alışkanlıkları halktan uzaklaştırma gibi faaliyetleri kapsayan bir eğitim planı ile Hastaları/Halkı bilinçlendirmek,
- Tedavi alan hastaların kayıtlarını veri tabanına işlemek, sağlık müdürlüğü ve bakanlık ile paylaşmak.
- Ehliyet yeterliliğı, Adli yeterlilikler, sporcu sağlık raporları, avcılarının silah bulundurma raporları gibi bazı kurumlardan istenen hususi raporların tetkik sonucuna göre verilmesi.
- Defin raporlarının düzenlenip hazırlanması.
- Öğrencilerin, gerekli durumlar da periyodik olan aşularının yapılması, gerekiyorsa okullara gidilmesi ya da Aile sağlığı merkezine çağırılmaları.
- Tüberküloz, Kanser gibi tüm toplumu ilgilendiren hastalıklar ile ilgili izleme yapılması.
- Evde bakılan yatalak durumdaki hastalara durum analizi yapıp, bakımının nerede devam edeceğine karar verilmesi. Gereken durumlarda hastaneye sevk işlemlerinin gerçekleştirilmesi.

Son verilere göre, tüm sektörlerde yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı aşağıda ki gibidir.

¹⁴⁸ Tayfun Şahin, **Aile Hekimliği Hukuku**, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul. 2012, s.14



Şekil 8: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, s.101

2.3.3.2. Sevk Zinciri Sisteminin Yapılandırılması

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en önemli ve belki de vazgeçilmez noktası sevk zinciridir. Etkili bir sevk zinciri sistemi kurulduğunda sağlık harcamalarında kayda değer bir azalma olacağı belirtilmektedir. Etkili bir sevk zincirinden söz edebilmenin ilk şartı, bireyin kendi seçtiği aile hekiminden birinci basamakta sorunlarının çözülebilir olması, çözülemediği durumlarda ise ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlara yönlendirilmesidir. Etkin ve kademeli bir sevk sisteminin uygulanmasıyla, birinci basamakta çözülebilecek sorunların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gidilmeden çözümlenmesi ve bu sayede hastanelerde oluşan yığılmaların önlenmesi ve maliyetlerin düşürülmesi amaçlanmaktadır.¹⁴⁹

Devlet Planlama Teşkilatı Onuncu Yıl Kalkınma Planında (2014-2018) yapılan durum analizinde; “Daha kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde, performansa dayalı ek ödeme sisteminde,

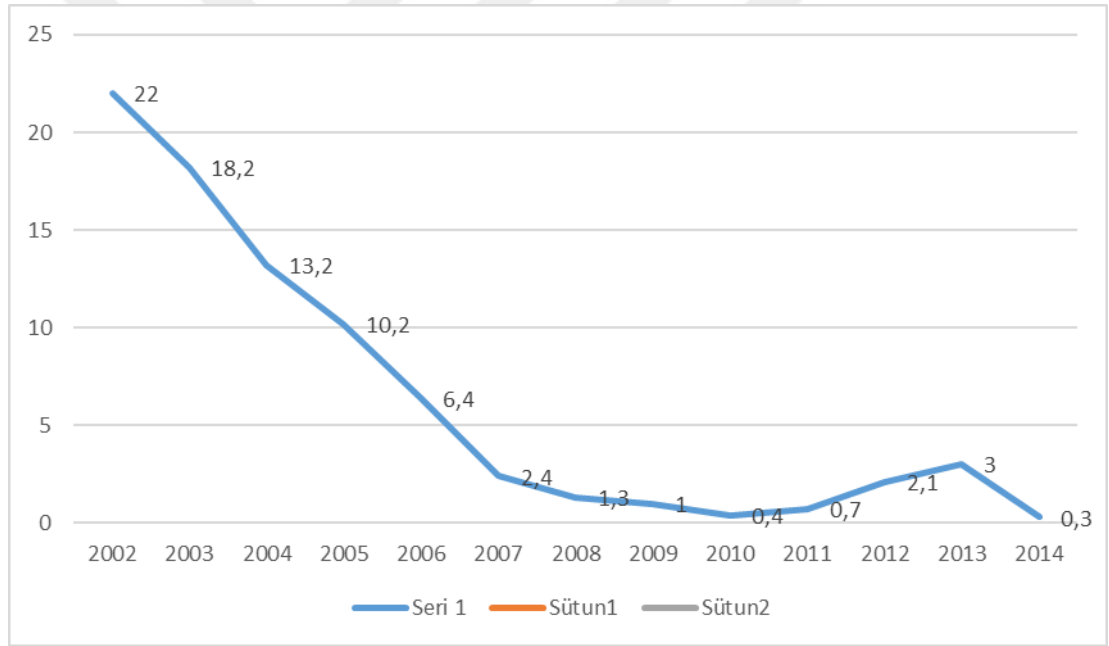
¹⁴⁹ Tengilimoğlu vd., s.141

sevk zincirinde, sağlık insan gúcünde iyileştirme ihtiyağı devam etmektedir.” denmektedir.¹⁵⁰

Bu ifadeye göre sağlık hizmetlerinde son dnelerde önemli gelişmelerin yaşandığını söylemek mümkündür.

Sevk zincirinin başarıya ulaşabilmesi için birinci basamakta sağlık hizmeti alanlarının fiziki Őartlarının donanım ve personelinin iyileştirip hizmete yeterli hale getirilmesi gerekmektedir. Şu an da birinci basamak sağlık kuruluşlarında sevk zinciri uygulaması yapılamamaktadır.¹⁵¹

Bu durum aşağıda ki Şekilde, yıllara göre birinci basamak sevk hızı son verileri yer almaktadır.



Şekil 9: Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Hızı, (%), Sağlık Bakanlığı

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, s.104

Şekil incelendiğinde sevk hızının 2002 iken izleyen yıllarda bu hız önemli derecede düşmüştür. 2011’de tekrara yükselişe geçmiş ancak 2013’den sonra yine düşüş eğilimi göstermiştir. Bu düşüş maliyetleri indirmesi açısından olumludur.

¹⁵⁰ DPT, Onuncu Yıl Kalkınma Planı, (2014-2018), 2013, s.173; alıntı, Aykır, a.g.e, s. 58

¹⁵¹ Tengilimoğlu vd., s.141

2.3.3.3. Kamu Hastanelerinin Tek Çatı Altında Toplanması

Türkiye’de hastane işletmeleri kamuya bağlı fakat çeşitli kamu kuruluşlarına dağılmış bir yapılanma içinde idi. Sağlıkta dönüşüm programı öncesinde, 2002 yılı itibariyle Türkiye’deki hastanelerin mülkiyeti ve sayısı aşağıdaki gibidir.¹⁵²

Maliye Bakanlığının hazırladığı “Sağlık Uygulama Tebliği” ile hastaların diledikleri kamu hastanelerini tercih edebilmeleri imkânı sunulmuştur. İkinci basamak sağlık hizmeti veren hastanelere ulaşımında ilk olarak emeklilerin, sonrasında da çalışan kesimin ve diğer kamu sağlık sigortalıların sevk zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır. Sadece yeşil kartlı hastalar bu durumun istisnası olmuştur.¹⁵³

Kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi uygulamasının başlaması ardından 2012 yılına kadar sağlık bakanlığı bünyesindeki hastane sayısı tablo 2.4. de gösterilmiştir.

Tablo 6: 2002-2012 Yılları Arasında Sağlık Bakanlığının Bünyesindeki Hastane Sayısı

Yıllar	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
2002	774	50	271	61	1156
2009	834	59	450	46	1389
2010	843	62	489	45	1439
2011	840	65	503	45	1453
2012	832	65	541	45	1483

Kaynak: Erhan Bıyık, **Sağlıkta Dönüşüm Programının Kamu Hastanelerine Etkilerinin Sağlık Personeli Algısıyla Değerlendirilmesi (Ankara İli Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma)**, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014, s.18

Konu güncel olarak değerlendirildiğinde 2014 yılında Sağlık Bakanlığının bünyesinde ki hastane sayıları ise aşağıda ki şekilde ifade edilmiştir.

¹⁵² Fatih Karakuş, **Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi (Kahramanmaraş İli Örneği)**, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014, s.32

¹⁵³ Karakuş, s.33

Tablo 7: 2014 Yılında Sağlık Bakanlığının Bünyesindeki Hastane Sayısı

Kurum türü	Kurum sayısı	Yatak sayısı	2014 doluluk oranı	2013 doluluk oranı	Nitelikli yatak sayısı
THK	701	121.541	72	70	50051
THSK	173	1.736	1	1	479
SB Toplam	874	123.703	71	69	50530
Üniversite	69	36.616	77	74	18651
Özel	550	39.782	60	56	28388
Toplam	1493	200.101	281	280	97569

Kaynak: <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php>

2.3.3.4. Kamu-Özel Ortaklıklar (Sağlık Kampüsleri)

Kamu Özel Ortaklığı Modeli, devletin tümüyle çekilmek istemediğın ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiğı hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiştir.¹⁵⁴

Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile sağlık tesislerinin, kiralama karşılığı yaptırılması ile tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesi amaçlanmaktadır.¹⁵⁵

“Kamu özel ortaklığı modeli”nin neden uygulamaya konulduğu sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporunda (2003-2011) şu şekilde gerekçelendirilmektedir.¹⁵⁶

“ Şehir hastaneleri gibi büyük yatırımlar ve bunlarla ilişkili hizmetlerin tasarım ve yönetiminde özel sektörün sermaye ve tecrübesinden istifade ederek sağlık hizmetlerini daha etkin ve verimli sunmak amacıyla Kamu-Özel Ortaklığı modelini kullanmaya başladık. Bu model ile ülkemizin ihtiyacı olan yeni hastane kampüslerini yapacağız.”

¹⁵⁴ Ertuğrul Acartürk, Sabiha Keskin. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Y.2012, C.17, S.3, s.25-51. s.27

¹⁵⁵ Acartürk ve Keskin, s.27

¹⁵⁶ Recep Akdağ, **Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2012, s.289

Hastane Kampüslerinin Gerekliliği:

- Ülkemizdeki sağlık hizmet etkinliğinin artırılması açısından;
- Tedavi çeşitliliğini ülke geneline yaymak,
- Bölgesel gelişimi sağlık alanında tamamlamak,
- Hizmet kalitesini artırmak,
- Maliyet etkin sağlık hizmeti sunumu için.

Toplumun ihtiyaçları açısından;

- Yeterli yatak sayısı ve yatak kalitesinin uygunluğu,
- Uzmanlaşmış ekibin bölgeyi kuşatıcı hizmeti,
- Tedavide yeni teknolojilerin tatbik edilmesi,
- Tedavi hizmetlerinde yeni kavramların (günübirlik cerrahi, gün hastanesi) geliştirilmesi için.

Hastalar açısından;

- Yatış sürelerinin kısaltılması,
- Hasta transferinin azaltılması,
- Hastane enfeksiyonlarının azaltılması,
- Hasta güvenliğinin artırılması,
- Hasta memnuniyetinin artırılması için...

Çalışan açısından;

- Çalışan güvenliği ve memnuniyetinin artırılması,
- İş gücü ve hizmet kalitesinin artırılması,
- Sağlık hizmet performansının geliştirilmesi için..."

Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanması amacıyla özelleştirme, regülasyon, işbirliği, kamusal garantiler, tamamlayıcılık ya da rekabet devlet ve devlet dışı birimlerin ilişkilerinin analizinde ve çözümlenmesinde yeni bir kamu hizmeti üretim yöntemi olan Kamu Özel Ortaklığı Modeli daha önemli noktaya gelmiştir.

Türk sağlık sektöründeki yeniden yapılanma kapsamında Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinde hem örgütsel hem de finansman açısından kamu özel ortaklığı yöntemini kullanma yolunu tercih etmiştir. Bu yöntem doğrultusunda hastaların tüm sağlık sorunlarının kendi Sağlık Hizmet Bölgeleri'nde çözülmesi ilkesi gereğince toplam 22 ilde farklı fiziki boyutlarda ve farklı yatak kapasitelerinde toplam 30 Sağlık Kampüsü planlanmıştır. Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine eklenmesi ve faaliyete başlamasıyla birlikte kamu özel ortaklığı yöntemi doğrultusunda 2012 yılı itibariyle farklı illerde gerçekleştirilmek üzere toplam 18 proje ortaya konulmuştur.¹⁵⁷

Kamu özel ortaklığı yönteminin uygulanması ile özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılması; riskin özel sektörle paylaşılması; uzmanlığa dayalı bir altyapının oluşturulması; sağlık tesisi yapım sürelerinin kısaltılması ve buna ilişkin maliyetlerin özel sektöre aktarılmasıyla kamunun yatırım yükünün uzun yıllara yayılması; tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılması amaçlanmaktadır.¹⁵⁸

2.3.3.5. Hekim Seçme Hakkı

Hizmet alacağı hekimi özgürce seçme hakkı, insana gösterilen saygıyı ve insan onuruna verilen değerin bir gerekliliğidir. Hizmet anında cinsiyet ayrımı hekim için söz konusu olamazken, aynı seçim hakkı, diğer bir deyişle “ayrımcılık” isteme şansı hasta için vardır. Bunun gibi dinsel ya da düşünsel normlar da hasta için önemli olabilir ve imkân dâhilinde ise bunlara ilişkin tercihler de bir seçenek olarak sunulabilmelidir.¹⁵⁹

Sağlıkta Dönüşüm Programına istinaden, Sağlık Bakanlığı 8.9.2004 tarihinde yayınladığı 117 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” adını taşıyan genelge ile “hastanelerde hastaların hekim seçme hakkının esas olduğunu ve hastaların hekim seçebilmesine imkân verecek her türlü tedbirin alınması” gerektiğini belirtmiştir. Bu genelge ile, hastaların hekim seçme hakkını kullanabilmesi için, hastanede görev yapan bütün uzman hekimlerin poliklinik

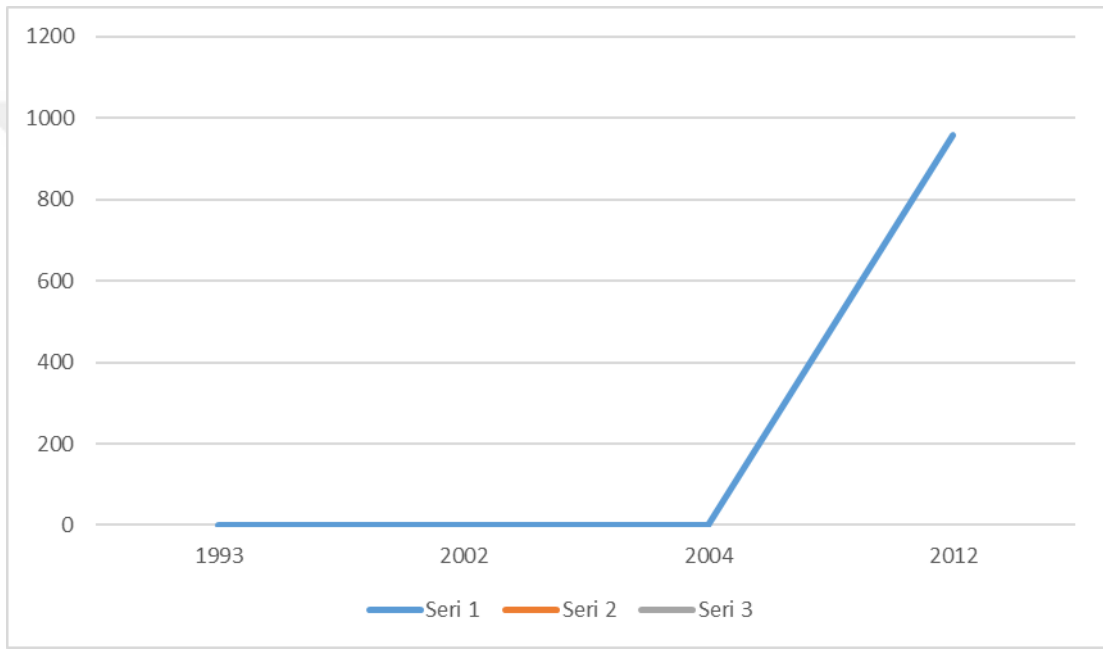
¹⁵⁷ Uysal Kerman v.d., Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Y.2012, C.17, S.3, s.1-23. s.14

¹⁵⁸ Kerman v.d., s.15

¹⁵⁹ Önder, s.114

yapmasına imkan tanıyacak şekilde oda sayısının arttırılması ve hekimlere tahsis edilmesi istenmiştir.¹⁶⁰

Hastaların sağlık hizmetinden dilediği zaman dilediği sağlık kuruluşu ve dilediği hekimden faydalanması hakkının getirisi sağlık hizmetinden memnuniyet derecesinin artması olarak kendini göstermektedir. Yönetmeliğe göre hastalar ya da yakınları istediği doktoru ve sağlık kuruluşunu seçmek de özgürdür. Memnun kalmadığı durumda hekim değiştirebilmektedir. Bu da hizmetin sunumu ve memnuniyet açısından büyük önem arz etmektedir.



Şekil 10:Hekim Seçme Hakkı Tanınan Hastane ve ADSM Sayısı

Kaynak: Recep Akdağ, Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2012, s.62

2.3.3.6. Hasta Hakları Uygulaması

Hasta haklarının yapılandırılması konusunda uluslararası sorumluluklarında yerine getirilmesi için hasta hakları ile ilgili ilk yasal düzenleme 1998 yılında yapılmıştır.

¹⁶⁰ Önder, s.114

Yapılan bu ilk yasal düzenlemenin ardından bu yasaya dayanarak ilk düzenleme ve uygulamalar ise 2004 ile 2007 yılları arasında gerçekleşmiştir.¹⁶¹

İlk kez pilot uygulama olarak 2004 yılında başlayan uygulama, kısa sürede bütün devlet hastanelerinde uygulanmaya başlamıştır. 2005 yılında “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca 2004 yılında yapılan “Özel Hastaneler Yönetmeliği”nde yapılan bir güncelleme ile özel hastanelerinde de hasta haklarına yönelik çalışmalar yapmalarının gerekliliği bildirilmiştir.¹⁶²

Söz konusu “Hasta Hakları Yönetmeliği” aşağıdaki gibidir;¹⁶³

- Sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak yararlanma hakkı; herkesin ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal durumları dikkate alınmadan hizmet alma hakkı vardır.
- Bilgi isteme hakkı; hasta kişi, hastalığı ile ilgili teşhis, tedavi ve her bir girişimin olası risk ve yararlarını, önerilen girişimlerin seçeneklerini, tedavisiz kalmanın etkisini, tanı, sonuç ve tedavinin gidişini, hastalığın seyri hakkında doktorundan bilgi alma hakkına sahiptir
- Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı; hayati tehlike bakımından sağlık kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esastır.
- Personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkı; Hasta, sağlık sisteminin işleyişine uygun olarak hekimini, sağlık personelini ve hizmet alacağı kurumu seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.
- Öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkı; hastanın öncelik hakkının tıbbi ölçütlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini isteme hakkı vardır. Acil ve adli vakalar ile yaşlılar ve özürlüler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.
- Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı; hasta, modern tıbbın bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını isteme hakkına sahiptir.
- Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı; Hastanın veya yakınının onayı olmadıkça, tıbbi gereklilik dışında araştırma amaçlı uygulama yapılmaz.

¹⁶¹ T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, **Hemşirelik insan Hakları, Hasta Hakları ve Etik**, Ankara, 2013, s.6

¹⁶² Karakuş, s.36

¹⁶³ T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, **Hemşirelik insan Hakları, Hasta Hakları ve Etik**, Ankara, 2013, s.7

- Ötenazi yasağı; hastanın kendi yaşamına son verilmesini isteme hakkı yoktur.
- Tıbbi özen gösterilmesi hakkı; hasta kaliteli hizmet alma hakkına sahiptir.
- Kayıtları inceleme hakkı; hasta kendisi ile ilgili kayıtlara ulaşma ve kayıtlarının kopyasını alabilme hakkına sahiptir.
- Kayıtların düzeltilmesini isteme hakkı; hasta, kendisi ile ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, eksik, çift anlamlı olması, tanı, tedavi ve bakım amacı ile ilgili olmaması durumunda bu bilgileri yenileme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama ve düzeltme hakkına sahiptir.
- Bilgi verilmesini yasaklama hakkı; ilgili mevzuat ilkelerine ve hastalığın durumuna göre yetkili mercilerde alınacak tedbirlerin gerektirdiği hâller dışında hasta, durumu hakkında yakınlarına bilgi verilmesini istemeyebilir.
- Hasta izin vermediği sürece tıbbi durumu, tanısı, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgileri, ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.
- Tanı, tedavi ve bakım için gerekli olmadıkça ve hasta izin vermedikçe hastanın özel hayatına ve aile yaşamına girilmez.
- Tıbbi girişimler ancak hastanın özel hayatına saygı gösterilmesi durumunda yapılır. Sağlık kurumlarına başvuran hasta, kurumun özel hayatını koruyan fiziksel özelliklere sahip olmasını bekleme hakkına sahiptir.
- Saygınlık görme hakkı; Herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır.
- Mahremiyete saygı hakkı; hasta, gizliliğe uygun bir ortamda her türlü sağlık hizmetini almalıdır.
- Reddetme ve durdurma hakkı; hasta tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Bu durumun yaratacağı sonuçlar hastaya açıklanmalıdır.
- Rıza ve izin hakkı; hastaların tıbbi müdahalelerde rızasının alınmasına ve rıza çerçevesinde hizmetten faydalanmaya hakkı vardır. Hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önce bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı varsayılarak girişim yapılabilir.
- Güvenlik; hastaların sağlık hizmetini güvenli bir ortamda almaya hakları vardır.

- Dini vecibelerini yerine getirebilme; hastanın kuruluşun imkânları ölçüsünde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirmeye hakları vardır.
- Rahatlık; hastaların her türlü hijyenik şartlar sağlanmış, gürültü ve rahatsız edici bütün etkenler bertaraf edilmiş bir ortamda sağlık hizmeti almaya hakları vardır.
- Ziyaretçi hakkı; hastaların kurum ve kuruluşlarca belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ziyaretçi kabul etmeye hakları vardır.
- Refakatçi bulundurma; mevzuatın, sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde ve tabibin uygun görmesi durumunda refakatçi bulundurmaya isteme hakları vardır.
- Müracaat, şikâyet ve dava hakkı; hasta haklarının ihlali hâlinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakkını kullanma imkânları vardır.
- Sürekli hizmet; hastaların gerektiği sürece, sağlık hizmetlerinden yararlanmaya hakları vardır.
- Düşünce belirtme: hastaların verilen hizmetler konusunda düşüncelerini ifade etme hakkı vardır.

2.3.3.7. Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetlerinde temel hedef, hastaların günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek ve en doğru tedaviyi uygulayarak hastalığın ve dezavantajın etkilerini en aza indirmek zamanda da hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu hizmet dolayısıyla sağlık hizmetlerinden memnuniyeti olumlu etkilemektedir.

Bu hizmet ayrıca; evinde kalmayı tercih eden ve tedavisi, bakımı devam eden; ancak yakın aile çevresi ve arkadaşları tarafından bakımı gerçekleştirilemeyecek durumdaki hastalar için gereklidir.¹⁶⁴

Evde Bakım Hizmetleri'nin temel amaçları şu şekilde özetlenebilir:¹⁶⁵

- Hastanın hastanede kalış süresini kısaltmak

¹⁶⁴ Dursun Aydın, **Evde Bakım Hizmetleri**, Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları 1 Ankara, 2005, s.19

¹⁶⁵ Aydın, s.20-21

- Hastane enfeksiyonu riskini erken taburcu ederek azaltmak
- Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek
- Ülkemizdeki sınırlı sayıdaki hastane yatak kapasitesini daha verimli kullanmak
- Hastanın aile ortamına kısa sürede dönmesi ile moral desteği sağlamak
- Günlük yaşam şartlarını en az etkileyecek şekilde doğru tedaviyi evde de sunmak
- Hastanın yaşam kalitesini en iyi seviyeye çıkarmak

Evde bakım hizmetinin yurt dışındaki uygulamalarında görülen en önemli iki faydası, sağlık harcamalarında sağladığı düşüş ve kişinin kendi ortamında, ailesi ile beraber bakımına olanak verebilmesidir. Bu iki etkenin yanında evde bakım hizmetinin faydaları şu şekilde sıralanabilir:¹⁶⁶

- Sağlık hizmetini ayağınıza getirir
- Kişiyeye özel bir bakım sağlar
- Bakım alan aileyi bir arada tutar
- İyileşmeyi hızlandırır
- Bakım maliyetlerini düşürür
- Teşhisten iyileşmeye kadar geçen süreçte kesintisiz kaliteli ve standart hizmet sağlar
- Hasta ve yakınlarına bakım konusunda eğitimi de içerir
- Yalnızca yaşama yıllar değil, yıllara da yaşam katar
- Zamanınızdan tasarruf sağlar
- En üst düzeyde bağımsızlık sağlar
- Yaşam kalitesini yükseltir

Evde Bakım Hizmetlerinin çeşitleri ise iki ana başlık altında sunulmaktadır, bu başlıklar aşağıdaki gibidir:¹⁶⁷

A) Evde Sağlık Hizmeti Sunumu (Sağlık personeli tarafından kısa süreli takip.)

- Evde doktor muayenesi, kontrolü ve takibi
- Evde fizyoterapi, psikoterapi seansları

¹⁶⁶ Aydın, s.20

¹⁶⁷ Aydın, a.g.e., s.20-21

- Evde sağlık eğitimi (gebelik, emzirme, hasta bakımı)
- Evde bebek bakımı, aşı takibi
- Evde tetkik, tahlil ve röntgen hizmeti verilmesi
- Hastaneden taburcu sonrası takip
- Kronik hastalıkların takibi.
- Evde son dönem (siroz, kanser vb.) hastaların takibi.

B) Yaşlılar Ve Özürlülerin Evde Bakımı

- Kişisel bakım.
- Yemek yedirilmesi, elbise bakımı, yatağın hazırlanması.
- Evde Bakım Hizmetleri.
- Gezdirme, alışveriş yapma ve meşguliyet tedavisi.
- Hastaneye götürülmesi ve resmî işlemlerin takibi.
- Özürlülerin özel bakım ve eğitimi.
- İhtiyaçlarını göremeyecek derecede bakıma muhtaçların sosyal hizmetlerine (yemeklerin hazırlanması, ev bakım ve onarımı, kişisel hijyen bakımı, resmî işlerin takibi vb.) yıllarca süren destek.

Evde bakım hizmetini vermeye yetkili kişiler ise: hekimler, fizyoterapistler, hemşireler, diyetisyenler, ebeler, sosyal hizmet uzmanları, sağlık memurları, psikologlar, sağlık teknisyenleri ve sertifikalı diğer sağlık çalışanlarıdır.

Evde sağlık hizmetlerinin ülkemizde, maliyet açısından hastane hizmetlerinden çok daha avantajlı olduğu açıktır. Diğer taraftan bu gereksinimin özel evde bakım kuruluşları ile yeterince karşılanamayacağı da açıktır. Bu sebeple özel evde bakım şirketlerinin hizmet kalitesini artırıcı düzenlemelere ve evde bakım hizmetlerinin finansmanı için yasalara gereksinim duyulduğu, özel sigorta şirketlerinin evde bakım poliçelerine ya da evde bakım şirketlerinin sunduğu hizmetlere yalnızca ekonomik düzeyi yüksek bireylerin ulaşabileceği, gerekli düzenlemeler yapılmadığı sürece toplumun sağlık problemlerinin katlanarak artacağı ifade edilmektedir.¹⁶⁸

¹⁶⁸ Aydın, a.g.e., s.29

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTA (MÜŞTERİ) MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER AÇISINDAN İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİNE BAĞLI KURUMLARA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ

Günümüzde kurumlar yoğun rekabet ortamında rakiplerine karşı üstünlük sağlayabilmek ve devamlılıklarını sürdürebilmek açısından müşteri odaklı çalışmak durumundadır. Dolayısıyla müşteri memnuniyeti ve bağlılığı bu noktada üzerinde durulması gereken en önemli bir konulardan birisidir.

Konu ile ilgili akademik anlamda birçok araştırma yapılmaktadır. Bunlardan başlıcaları: Neslihan Derin ve Erkan Turan Demirel (2013) tarafından yapılan, “Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması” adlı makale, Atalay Çağlar ve Ferda Esin Gülel, (2015) tarafından yapılan “Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet: Etkinlik Ve Mekânsal Etkileşim Analizi” adlı makale, Gürcan Papatya, Nurhan Papatya, A. Buğra Hamşioğlu, (2012), tarafından yapılan “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti” adlı makale Harun Kırılmaz, (2013) tarafından yapılan “Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması” adlı makale, Recep Akdağ, (2012) tarafından yapılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)” Sağlık Bakanlığı Yayınları ve Şükran Burçoğlu Karaca (2014) tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama” adlı yüksek lisans çalışmasıdır.

Bu araştırmanın amacı, yukarıda da belirtildiği gibi işletmeler açısından oldukça önemli bir kavram olan müşteri memnuniyetinin İstanbul Bakırköy bölgesinde bulunan kamu hastaneleri müşterileri (hasta) açısından değerlendirmesi ve bu müşterilerin memnuniyet düzeylerinin ölçülmesidir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Araştırmada veri toplama tekniği olarak anket kullanılmıştır. Anket çalışmasında katılımcıların demografik özelliklerinin yanı sıra, hizmet aldıkları hastaneler ile ilgili olarak müşteri memnuniyetlerini ölçmek ile alakalı sorulara yer verilmiştir. Ankette kullanılan sorular, Şeremet (2013) tarafından hazırlanan “Kamu Hastanelerinde Hasta Hakları Birim Çalışanlarının Sorunları, Birime Gelen Şikâyetler ve Hasta Memnuniyeti” ve Özmen (2013) tarafından hazırlanan “Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri” adlı yüksek lisans tezlerinde kullanılan ölçeklerden alınmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini İstanbul ili Bakırköy bölgesinde bulunan kamu hastanelerinden hizmet alan hastalardır. Bu doğrultuda söz konusu bölgede toplam 460 anket dağıtılmış bunlardan 312 adedi değerlendirmeye uygun bulunmuştur.

3.4. ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Hastaların zaman zaman soruları cevaplama esnasında isteksizlik göstermeleri, olumsuz bir yargıda buldukları zaman bunun hastane personeli ile olan ilişkilerine yansıtacağı endişesi ve araştırma örnekleminde elde edilen bulguların bütün araştırma evrenine yönelik olduğunu varsaymak araştırmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1

H_0 : Cinsiyet bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

H_a : Cinsiyet bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 2

H_0 : Yaş bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

H_a Yaş bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 3

H_0 : Medeni durum bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

H_a : Medeni durum bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 4

H_0 : Eğitim durumu bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

H_a : Eğitim durumu bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 5

H_0 : Gelir durumu bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

H_a : Gelir durumu bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Hipotez 6

H_0 : Hizmet alma şekli bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

H_a : Hizmet alma şekli bağımsız değişkeni ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

3.6. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

3.6.1. Güvenirlik Analizi

Güvenilirlik kavramı bir test ya da ankette yer alan soruların birbirleri ile olan tutarlılığını kullanılan ölçeğin ilgilenilen sorunu ne derece yansıttığını ifade edebilmek açısından önem taşımaktadır. Güvenilirlik katsayısı Alpha (α) katsayısına göre yorumlanmaktadır. Alpha katsayısına bağlı olarak ölçeklerin güvenilirlik katsayıları aşağıdaki aralıklarda (Kalaycı, 2008: 405):

- ✓ $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ölçek güvenilir değildir.
- ✓ $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ölçek güvenilirliği düşük
- ✓ $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ölçek oldukça güvenilir
- ✓ $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir

Ankette kullanılan ölçeğin güvenilirlik analizine yönelik bulunan Cronbach Alpha (α) katsayısı aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 8: Kullanılan Ölçeğin Güvenirlik Analizi

Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach Alpha (α)
Müşteri(hasta) Memnuniyeti Anketi	28	0,915

Araştırmada kullanılan ölçek yüksek derecede güvenilir düzeydedir.

3.6.2. Demografik Özellikler İle İlgili Bulgular:

Tablo 9: Demografik Özellikler İle İlgili Bulgular

Özellikler	N	%100
Cinsiyet		
Kadın	176	56,41
Erkek	136	43,59
Yaş		
18-24	17	5,46
25-34	106	33,97
35-44	99	31,73
45-54	39	12,5
55-64	42	13,46
65ve üzeri	9	2,88
Medeni Durum		
Evli	200	64,1
Bekar	112	35,90
Eğitim Düzeyi		
İlkokul Mezunu	43	13,78
Ortaokul Mezunu	40	12,82
Lise Mezunu	74	23,72
Önlisans Mezunu	55	17,63
Lisans Mezunu	65	20,83
Lisansüstü Mezunu	35	11,22
Gelir Düzeyi		
0-500 TL	1	0,32
501-1000 TL	7	2,24
1001-1500 TL	52	16,67
1501-2000 TL	125	40,06
2001 ve üstü	127	40,71

Araştırmaya katılanların%56,41'i (176 kişi) kadın, %43,59'i (136 kişi) erkektir. Araştırmaya katılanların yaş aralığı 18 ile 65 yaş ve üzeridir. Bu aralıkta en fazla cevap veren %33,97'lik dilim ile (106 kişi) 25-34 yaş aralığındadır. En düşük oranlar ise 65 ve üzeri yaş grubu %2,88 ile 9 kişidir. Araştırmaya katılanların %64,1'i (200 kişi) evli, %35,90'nı (112 kişi) bekârdır. Araştırmaya katılanların %23,72'i (74 kişi) en yüksek oranla eğitim durumu lise, %11,22'i (35 kişi) en düşük oranla lisansüstüdür. Araştırmaya katılanların %40,71'nin (127 kişi) geliri 2001 ve üstü TL en yüksek oranda , %0,32'nin (1 kişi) geliri ise 0-500TL arasında en düşük orandadır.

3.6.3. Hizmet Alınan Hastane Ve Hizmet Şekli İle İlgili Bulgular

Tablo 10: Hizmet Alınan Hastane Ve Hizmet Şekli İle İlgili Bulgular

Özellikler	N	%100
Bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşu		
SGK	226	72,44
Emekli sandığı	72	23,07
BAĞ-KUR	14	4,49
Bu Hastaneye ilk kez mi geliyorsunuz		
Hayır	225	72,12
Evet	87	27,88
Hizmet alma şekliniz		
Yatarak tedavi	30	9,62
Ayakta tedavi	282	90,38
Hizmet Aldığınız hastanenin ismi		
Bağcılar Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi	17	5,45
Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	50	16,03
Bahçelievler Devlet Hastanesi	28	8,97
Bahçelievler Ağız Diş Sağlığı Merkezi	18	5,77
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	85	27,24
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	28	8,97
Esenler Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesi	19	6,09
Güngören Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi	11	3,53
İstanbul Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	27	8,65
Lepra Deri Ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi	29	9,30

Araştırmaya katılanların %72,44'ü (226 kişi) SGK'ya, %23,07'si (72 kişi) Emekli sandığına ve %4,49'i (14 kişi) ise BAĞ-KUR'a bağlıdır. Araştırmaya katılanların %72,12'si (225 kişi) bu hastaneye daha öncede gelmiş, %27,88'i (87 kişi) ise ilk defa gelmiştir. Araştırmaya katılanların %90,38'i (282 kişi) ayakta tedavi, %9,62'si (30 kişi) ise yatarak tedavi görmüştür. Araştırmaya katılanların %27,24'ü en yüksek oranla (85 kişi) Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden, %3,53'si ise (11 kişi) ise Güngören Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi'nden hizmet almıştır.

3.6.4. Hasta (Müşteri) Memnuniyeti İle İlgili Bulgular:

Tablo 11: Hasta (Müşteri) Memnuniyeti İle İlgili Bulgular

BU HASTANEDE	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Aritmetik ortalama	Standart sapma
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	SS
1. Doktor bana zaman ayırıyor ve bilgilendiriyor.	22,78	53,2	9,61	11,21	3,2	2,19	1,014
2. Doktor beni zamanında muayeneye alıyor.	16,37	49,35	13,46	16,34	4,48	2,43	1,083
3. Doktorlar bana karşı kibar ve saygılı davranıyor.	19,89	56,08	12,5	8,65	2,88	2,19	0,948
4. Tahlil ve tetkikler için fazla beklemiyorum.	18,29	46,15	14,42	15,06	6,08	2,45	1,133
5. Tetkik sonuçlarımı doktora gösterebilme kolaylığı bulunmaktadır.	17,32	52,88	13,46	13,78	2,56	2,31	0,997
6. Doktorlardan memnunum.	21,81	53,84	13,78	8,65	1,92	2,15	0,925
7. Hemşireler ilgili ve nazik davranıyor.	17,65	50,96	15,38	11,85	4,16	2,34	1,033
8. Sekreterler ilgili ve nazik davranıyor.	19,57	49,35	14,42	13,46	3,2	2,31	1,035
9. Sigorta ve faturalama işlemleri eksiksiz yapılıyor ve bilgilendiriliyor.	17,96	50,64	18,91	9,93	2,56	2,29	0,958
10. Veznede işlemler hızlı yürüyor.	19,25	50,96	14,42	10,25	5,12	2,31	1,056
11. Danışma görevlileri bizi yönlendiriyor ve duyarlı davranıyor.	21,17	53,52	15,38	8,33	1,6	2,16	0,906
12. Güvenlik görevlileri ilgili ve nazik davranıyor.	18,61	54,48	16,66	8,33	1,92	2,21	0,905
13. Diğer personel bize nazik davranıyor.	19,62	53,84	18,26	7,96	0,32	2,15	0,836
14. Hastanenin fiziki görünümünden memnunum.	24,69	50,32	13,46	9,61	1,92	2,14	0,961
15. Hastanede temizlik kurallarına dikkat ediliyor.	23,96	51,06	11,21	8,33	5,44	2,21	1,063

16. Hastanenin bekleme ve dinlenme yerlerinden memnunum.	21,18	49,67	13,46	11,21	4,48	2,28	1,060
17. Hastane personeli birbiriyle uyum içerisinde çalışmaktadır.	20,22	47,43	17,94	12,17	2,24	2,29	0,995
18. Hastaneye ulaşım kolaydır.	28,86	51,28	9,29	8,01	2,56	2,04	0,966
19. Tedavi için gerekli makine ve teçhizat bulunmaktadır.	24,7	58,97	9,93	5,44	0,96	1,99	0,808
20. Telefonla aradığımda polikliniğe rahat ulaşabiliyorum ve randevu alabiliyorum.	22,45	40,06	15,7	12,5	9,29	2,46	1,229
21. Muayene olurken hasta mahremiyetine dikkat edilmektedir.	25,97	59,61	6,41	7,05	0,96	1,97	0,833
22. Muayene olduğum birimde ısı ve ışık şartları iyi düzeydedir.	24,7	55,12	10,89	7,05	2,24	2,07	0,915
23. Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendiriliyorum	16,05	38,14	18,58	21,15	6,08	2,63	1,160
24. Çalışanlar hastalarla etkin bir iletişim kuruyor.	17,65	45,83	17,94	12,5	6,08	2,44	1,104
25. Çalışanlar hasta yakınları ile etkin bir iletişim kuruyor.	15,72	46,79	18,91	15,38	3,2	2,44	1,031
26. Çalışanlar hasta ve hasta yakınlarına gerekli bilgilendirmeyi yapıyorlar.	14,76	49,35	19,55	12,82	3,52	2,41	1,004
27. Bu hastanenin sağlık hizmetleri genel olarak iyidir.	19,88	57,38	14,74	6,08	1,92	2,13	0,865
28. Bu hastaneyi başkalarına öneririm.	24,7	51,28	15,7	5,76	2,56	2,10	0,926

“Bu hastanede doktor bana zaman ayırıyor ve bilgilendiriyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 53,2’si (166 kişi) katılıyorum, % 3,2’si (10 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede doktor beni zamanında muayeneye alıyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 49,35’i (154 kişi) katılıyorum, % 4,48’i (14 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede doktorlar bana karşı kibar ve saygılı davranıyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 56,08’i (175 kişi) katılıyorum, % 2,88’i (9 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede tahlil ve tetkikler için fazla beklemiyorum.” sorusuna araştırmaya katılanların % 46,15’i (144 kişi) katılıyorum, % 6,08’i (19 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede tetkik sonuçlarını doktora gösterebilme kolaylığı bulunmaktadır.” sorusuna araştırmaya katılanların % 52,88’i (165 kişi) katılıyorum, % 2,56’sı (8 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede doktorlardan memnunum.” sorusuna araştırmaya katılanların % 53,84’ü (168 kişi) katılıyorum, % 1,92’si (6 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede hemşireler ilgili ve nazik davranıyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 50,96’sı (159 kişi) katılıyorum, % 4,16’sı (13 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede sekreterler ilgili ve nazik davranıyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 49,35’i (154 kişi) katılıyorum, % 3,2’si (10 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede sigorta ve faturalama işlemleri eksiksiz yapılıyor ve bilgilendiriliyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 50,64’ü (158 kişi) katılıyorum, % 2,56’sı (8 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede vevnede işlemler hızlı yürüyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 50,96’sı (159 kişi) katılıyorum, % 5,12’si (16 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede danışma görevlileri bizi yönlendiriyor ve duyarlı davranıyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 53,52’si (167 kişi) katılıyorum, % 1,6’sı (5 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede güvenlik görevlileri bizi yönlendiriyor ve nazik davranıyor.” Sorusuna araştırmaya katılanların % 54,48’i (170 kişi) katılıyorum, % 1,92’i (6 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede diğerk personel bize nazik davranıyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 53,84’ü (170 kişi) katılıyorum, % 0,32’si (1 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanenin fiziki görünümünden memnunum.” sorusuna araştırmaya katılanların % 50,32’si (157 kişi) katılıyorum, % 1,92’si (6 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede temizlik kurallarına dikkat ediliyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 51,06’sı (160 kişi) katılıyorum, % 5,44’ü (17 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanenin bekleme ve dinlenme yerlerinden memnunum.” sorusuna araştırmaya katılanların % 49,67’si (155 kişi) katılıyorum, % 4,48’i (14 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanenin personeli birbiriyle uyum içerisinde çalışmaktadır. ” sorusuna araştırmaya katılanların % 47,43’ü (148 kişi) katılıyorum, % 2,24’ü (7 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastaneye ulaşım kolaydır.” sorusuna araştırmaya katılanların % 51,28’i (160 kişi) katılıyorum, % 2,56’i (8 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede tedavi için gerekli makine ve teçhizat bulunmaktadır.” sorusuna araştırmaya katılanların % 58,97’si (184 kişi) katılıyorum, %0,96’sı (3 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede telefonla aradığında polikliniğre rahat ulaşabiliyorum ve randevu alabiliyorum..” sorusuna araştırmaya katılanların % 40,06’sı (125 kişi) katılıyorum, % 9,29’u (29 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“ Bu hastanede muayene olurken hasta mahremiyetine dikkat edilmektedir.” sorusuna araştırmaya katılanların % 59,61’i (186 kişi) katılıyorum, % 0,96’sı (3 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede muayene olduğum birimde ısı ve ışık şartları iyi düzeydedir. ” sorusuna araştırmaya katılanların % 55,12’si (172 kişi) katılıyorum, % 2,24’ü (7 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendiriliyorum. ” sorusuna araştırmaya katılanların % 38,14’i (119 kişi) katılıyorum, % 6,08’i (19 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“Bu hastanede çalışanlar hastalarla etkin bir iletişim kuruyor. ” sorusuna araştırmaya katılanların %45,83’ü (143 kişi) katılıyorum, % 6,08’i (19 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“ Bu hastanede çalışanlar hasta yakınları ile etkin bir iletişim kuruyor.” sorusuna araştırmaya katılanların % 46,79’u (146 kişi) katılıyorum, % 3,2’si (10 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“ Bu hastanede çalışanlar hasta ve hasta yakınlarına gerekli bilgilendirmeyi yapıyorlar. ” sorusuna araştırmaya katılanların % 49,35’i (154 kişi) katılıyorum, % 3,52’u (11 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“ Bu hastanede sağlık hizmetleri genel olarak iyidir.” sorusuna araştırmaya katılanların %57,38’i (179 kişi) katılıyorum, % 1,92’si (6 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

“ Bu hastaneyi başkalarına öneririm. ” sorusuna araştırmaya katılanların % 51,28’i (160 kişi) katılıyorum, % 2,56’sı (8 kişi) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir.

Tablo 12: Hasta (Müşteri) Memnuniyeti İle İlgili Bulgular (ortalama ve standart sapma)

Müşteri(Hasta) Memnuniyeti	N	Ortalama	Standart Sapma
	312	2,2527	,66639

3.6.5.Bağımsız Örneklem t Testi ve ANOVA Testi Sonuçları

Bağımsız gruplar t testi iki bağımsız grubun ortalamalarının birbirinden farklı olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılan istatistiksel analiz yöntemidir. İki'den fazla bağımsız grubun ortalamalarının birbirinden farklı olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılan istatistiksel analiz yöntemine Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) denmektedir (Durmuş, 2013: 143).

alfa:0,05 $p < \text{alfa}$ ise anlamlı bir farklılık göstermektedir.

alfa:0,05 $p > \text{alfa}$ ise anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

3.6.5.1. ANOVA Testi Sonuçları

Yaş-Hasta Memnuniyeti İlişkisi:

Tablo 13: Yaş-Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)

ANOVA				
Hasta Memnuniyeti	Katılımcı	Ortalama	S.S	P
18-24	17	2,1134	,63465	0,43
25-34	106	2,1348	,73788	
35-44	99	2,2449	,62014	
45-54	39	2,3407	,60475	
55-64	42	2,4872	,60212	
65 VE ÜSTÜ	9	2,5159	,61214	
Toplam	312	2,2527	,66639	

Tablonun en solunda bulunan yaş durumlarının ortalama hasta memnuniyeti düzeyini göstermektedir. 65 yaş ve üstü grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyleri (2,5159) en yüksek düzeyde iken 18-24 yaş grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyi ise (2,1134) en düşük düzeydedir. %95 güven düzeyinde yapılan F testi sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,43 > 0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p > 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeylerinin yaş durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Eğitim Durumu-Hasta Memnuniyeti İlişkisi:

Tablo 14:Eğitim Durumu-Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)

ANOVA				
Hasta Memnuniyeti	Katılımcı	Ortalama	S.S	P
İLKOKUL MEZUNU	43	2,5133	,50867	,111
ORTAOKUL MEZUNU	40	2,2616	,62534	
LİSE MEZUNU	74	2,1708	,69114	
ÖNLİSANS MEZUNU (2 YILLIK)	55	2,1383	,71419	
LİSANS MEZUNU (4 YILLIK)	65	2,3500	,70765	
YÜKSEK LİSANS VE ÜSTÜ	35	2,0949	,59162	
Toplam	312	2,2527	,66639	

Tablonun en solunda bulunan eğitim durumlarının ortalama hasta memnuniyeti düzeyini göstermektedir. İlkokul mezunu eğitim grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyleri (2,5133) en yüksek düzeyde iken Yüksek lisans ve üstü eğitim grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyi ise (2,0949) en düşük düzeydedir. %95 güven düzeyinde yapılan F testi sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,111>0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p>0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeylerinin eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir

Gelir Durumu-Hasta Memnuniyeti İlişkisi

Tablo 15:Gelir Durumu- Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)

ANOVA				
Hasta Memnuniyeti	Katılımcı	Ortalama	S.S	P
500 TL DEN AZ	1	3,1786		,149
500-1000 TL ARASI	7	2,5714	,60539	
1001-1500 TL ARASI	52	2,1985	,66026	
1501-2000 TL ARASI	125	2,1797	,65982	
2001 TL VE ÜSTÜ	127	2,3220	,67078	
Toplam	312	2,2527	,66639	

Tablonun en solunda bulunan gelir durumlarının ortalama hasta memnuniyeti düzeyini göstermektedir. 500 TL DEN AZ gelir grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyleri (3,1786) en yüksek düzeyde iken 1051-2000 gelir grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyi ise (2,1797) en düşük düzeydedir. %95 güven düzeyinde yapılan F testi sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,149>0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p>0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeylerinin gelir durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Hizmet alma- hasta memnuniyeti ilişkisi;

Tablo 16:Hizmet Alma- Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)

ANOVA				
Hasta Memnuniyeti	Katılımcı	Ortalama	S.S	P
AYAKTA TEDAVİ	282	2,2430	,67937	,431
YATARAK TEDAVİ	30	2,3440	,52969	
Toplam	312	2,2527	,66639	

%95 güven düzeyinde yapılan F testi sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,431>0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p>0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeylerinin hizmet alma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

3.6.5.2. t Testi Sonuçları

Cinsiyet-Hasta Memnuniyeti İlişkisi:

Tablo 17:Cinsiyet- Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)

T-Testi					
Cinsiyet		N	Ortalama	St. Sapma	P
Hasta Memnuniyeti	KADIN	176	2,2254	,62658	0,411
	ERKEK	136	2,2881	,71544	

%95 güven düzeyinde yapılan Independent Samples Testinin sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,411 > 0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p > 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyleri cinsiyet durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Medeni Durum-Hasta Memnuniyeti İlişkisi

Tablo 18:Medeni Durum- Hasta Memnuniyeti İlişkisi (Anova Testi sonucu)

T-Testi					
Cinsiyet		N	Ortalama	St. Sapma	P
Hasta Memnuniyeti	EVLİ	200	2,3121	,66203	0,35
	BEKAR	112	2,1467	,66390	

%95 güven düzeyinde yapılan Independent Samples Testinin sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,35 > 0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p > 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Günümüz rekabet koşullarında gerek özel gerek kamu sektöründe müşteri memnuniyeti işletmeler açısından oldukça önemli bir faktördür.

Hasta (müşteri) memnuniyetini etkileyen faktörler açısından İstanbul ili Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurumlara yönelik yapılan araştırma bulguları aşağıda ki gibidir: Araştırmada hasta memnuniyeti, “hastane çalışanlarının tutum ve yaklaşımları”, “hizmet şekli ve süreci”, “ulaşılabilirlik”, hastanenin fiziki görünümü”, hijyeniklik” vb. gibi alt başlıklarda ölçülmüştür. Bu alt başlıklara verilen yanıtlar incelendiğinde hastaların, genel olarak memnun oldukları görülmüştür. Cinsiyet ile memnuniyet arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığına yönelik yapılan t testi sonuçlarına göre katılımcıların cinsiyetlerine göre memnuniyeti arasında ($p=0,411>0,05$) anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyleri cinsiyet durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Descriptive tablosundaki Mean değerleri tablonun en solunda bulunan yaş durumlarının ortalama hasta memnuniyeti düzeyini göstermektedir. 65 yaş ve üstü grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyleri (2,5159) en yüksek düzeyde iken 18-24 yaş grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyi ise (2,1134) en düşük düzeydedir. %95 güven düzeyinde yapılan F testi sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,43>0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p>0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeylerinin yaş durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. %95 güven düzeyinde yapılan Independent Samples Testinin sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,35>0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p>0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Descriptive tablosundaki Mean değerleri tablonun en solunda bulunan eğitim durumlarının ortalama hasta memnuniyeti düzeyini göstermektedir. İlkokul mezunu eğitim grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyleri (2,5133) en yüksek düzeyde iken Yüksek lisans ve üstü eğitim grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyi ise (2,0949) en düşük düzeydedir. %95 güven düzeyinde yapılan F testi sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,111>0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p>0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeylerinin eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Descriptive tablosundaki Mean değerleri tablonun en solunda bulunan gelir durumlarının ortalama hasta memnuniyeti düzeyini göstermektedir. 500 TL den az gelir grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyleri (3,1786) en yüksek düzeyde iken 1051-2000 gelir grubundaki katılımcıların hasta memnuniyeti düzeyi ise (2,1797) en düşük düzeydedir. %95 güven düzeyinde yapılan F testi sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,149>0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p>0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeylerinin gelir durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. %95

güven düzeyinde yapılan F testi sonucuna göre hasta memnuniyeti için anlamlılık değeri $p=0,431 > 0,05$ bulunmuştur. Hasta memnuniyeti için $p > 0,05$ olduğundan H_0 hipotezi kabul edilir. Yani; Katılımcıların hasta memnuniyeti düzeylerinin hizmet alma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Araştırmanın literatür kısmında da bahsedildiği gibi sağlık hizmetlerinde hasta (müşteri) memnuniyetini etkileyen faktörler şu şekildedir:

- Personel hasta etkileşimi
- Doktor davranışı
- Hemşire hasta etkileşimi
- Bilgilendirme
- Beslenme hizmetleri
- Fiziksel ve çevresel koşullar
- Bürokrasi
- Güven

Sağlık Personeli (doktor, hemşire, sağlık teknisyenleri, sekreter..vb) ve hasta etkileşimi ve iletişimi müşteri (hasta) memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerdir. Doktorun , hemşirenin ve diğer sağlık çalışanlarının empati kurarak, nazik, şevkatli, ilgilenerek, bilgilendirerek ve göz teması ile hastalarla girdiği iletişim hastane hasta bağını kuvvetlendirecek ve tekrar tercih edilme eğilimine neden olacaktır. Hastanenin toplu taşıma ile rahat ulaşılabilirliği, araç ile gelinmek istendiğinde yeterli otopark kapasitesinin bulunarak otopark sorununun yaşanmaması, acil girişlerde acil kliniklerinin ulaşılabilirliği, engelli, yaşlı ve çocuklara yönelik erişilebilirlik düzenlemeleri, hastanenin merkezi henüz hastane hasta iletişimi başlamadan tercih edilmeye neden olan sebeplerdir. Hastane sınırlarından giren hastanın, tedaviye ulaşmasına kadar geçen sürede bürokrasi ile kaybedeceği zamanın asgari seviyede olması ve sağlık tesisi ve personelinin kendisine uygulayacağı tedavi hakkında aklında herhangi bir soru işaretinin bulunmayarak güven içerisinde işlemlerini gerçekleştirerek evine dönmesi hasta memnuniyet çitasını daha da yükseltecektir. Bu faktörlerle birlikte sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen dolayısıyla müşteri memnuniyetini de etkileyen teknik faktörler ise literatürde şu şekilde ifade edilmiştir:

- Etkenlik
- Etkililik
- Verimlilik
- Optimal olma

- Kabul edilebilirlik
- Yasallık
- Eşitlik

Sağlık kurumunun potansiyelini, mevcut teknolojiye ve bilimsel bilgiye dayandırarak etken bir şekilde; araştırma, deneyim ve profesyonel fikir birliğini bir bütün olarak hizmetini sunması, verilen hizmetlerin ideal hizmete göre bireyin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yaptığı değişiklikler esas alınarak verilmesi, sağlık hizmetinin en az maliyetle üretilerek gereksiz veya uygun olmayan bir tedavinin yapılmaması, bakım hizmetinin gereksiz şekilde uzatılmadan sağlanması, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile meydana gelen fayda arasında maksimum dengenin kurularak, hastaya verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyularak, tüm bireylere adil ve eşit bir biçimde , bireyler arasında hiçbir surette ayrımcılık yapılmadan hizmet vermesi sağlık kalitesini arttıran, artan sağlık kalitesi ile de müşteri(hasta) memnuniyetini etkileyen diğer unsurlardır. Araştırmada , anket uygulanan katılımcıların çoğu hizmet aldığı hastanenin fiziksel koşulları, ulaşım, doktor ve diğer çalışanlarından memnun olduklarını belirtmişlerdir. Genel anlamda hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden başlıcaları; hastaların yeterince kendilerini ifade edememesi, sağlık personeli ve diğer personelin yaklaşımının sert olması, nezaket ve güler yüzün eksik olması gibi iletişim ve empati üzerine kurulu davranışlardır. Bu anlamda hastanelerin bu konulara kendilerini geliştirmeleri, tüm personelin rutin olarak müşteri memnuniyeti ile ilgili eğitimlere tabi tutulmaları gerekmektedir. Özellikle yatan hastaların tedavi hizmetlerinin yanı sıra morale de ihtiyaçları vardır ve bu onlar için daha önemlidir. Dolayısıyla genel anlamda hastayı tanımaya çalışmak, beklentilerini ölçmek ve bu doğrultuda cevap vermek oldukça önemlidir. Karşısındaki tarafından dinlenen hasta önemsendiğini hissederek, hastaneyi temsil eden doktor hemşire ve diğer çalışanların onu iyileştirme maksadında olduğunu düşünecektir. Bu durumda kaliteli hizmet algısı memnuniyet yönünde geliştiğinden dolayı tekrar tercih edilme ve olumlu yönde başkalarına tavsiye etme gerçekleşmiş olacaktır. Bunların yanı sıra kamu hastaneleri ankette de üzerinde durulduğu gibi hastanenin fiziki koşulları, ulaşım ve temizliği, çalışanların performansı, ilgi ve alakası konusunda da reorganizasyon çalışmaları yapmalı ve memnuniyet oranlarını %100'e ulaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

KİTAPLAR

- ATAY, Ender Ethem, (2012), *İdare Hukuku*, Turan Kitabevi, 3. B, Ankara,.
- ADEM, Erdem, E. LEVENT, (2012), *İdare Hukuku Konu Anlatımlı Kitabı*, Ankara, Yargı Yayınevi
- AKAR, Ç., ÖZALP, H.:(1997) *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Ankara, Somgür Yayıncılık.
- ATEŞ, M. (2013), *Sağlık Sistemleri*, İstanbul Beta Yayıncılık.
- BARLOW, J., MOLLER, C. (1998), *Her Şikâyet Bir Armağandır*, (Çev. G.Günay), Rota Yayınları, İstanbul
- BARUTÇUGİL İsmail,(2009), *Müşteri İlişkileri ve Satış Yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayıncılık İletişim Eğitim Hizmetleri.
- AKDAĞ, Recep, (2012), *Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*,Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- AYDIN, Dursun, (2005), *Evde Bakım Hizmetleri*, Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları, Ankara.
- Bilgisayar Kullanımı. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları: 486.
- ÇATALCA, H. (2007), *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul, Beta Yayım.
- DPT, *Onuncu Yıl Kalkınma Planı*, (2014-2018), 2013, s.173
- GÜNDAY, Metin, (2011), *İdare Hukuku*, 10.Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara.
- GÖZLER, Kemal, Gürsel KAPLAN,(2011), *İdare Hukuku Dersleri*, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 11.Basım, Bursa, Ekim, 2011
- GÜNDAY Metin, (2004), *İdare Hukuku*, 9. Baskı, Ankara, İmaj Yayınevi
- GİRİTLİ, İsmet, Pertev BİLGEN, Tayfun AKGÜNER, (2011), Kahraman Berk, *İdare Hukuku*, Der Yayınları, İstanbul.
- HEYWOOD, Andrew, (2004), *Siyaset Teorisine Giriş*. çev.Murat KÖSE, New York: Palgrave Macmillan.
- İSLAMOĞLU, Ahmet Hamdi, CANDAN, B.H., HACİEFENDİOĞLU, AYDIN, K, (2006), *Hizmet Pazarlaması*, İstanbul: Beta Yayınları
- KARAHAN, K. (2000), *Hizmet Pazarlaması*. İstanbul: Beta Yayınları
- KARAHANOĞULLARI, Onur, (2002), *Kamu Hizmeti (Kavramsal Ve Hukuksal Rejim)*, Turhan Kitabevi, Ankara: .

- KAVUNCUBAŞI, Şahin, (2000), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara
- KOÇEL, Tamer, (2007), *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Arıkan Basım Yayım Dağıtım.
- MUCUK, İsmet, (2004), *Pazarlama İlkeleri*, İstanbul: Türkmen Kitabevi
- ODYAKMAZ, Zehra, Ümit KAYMAK, İsmail ERCAN, (2011), *Anayasa Hukuku-İdare Hukuku*, Oniki Levha Yayıncılık, 2011, s.268
- ODABAŞI, Yavuz, (1998), *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması*, Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- ÖZTÜRK, S.Ayşe, (2003), *Hizmet Pazarlaması*. 4. Baskı. İstanbul: Ekin Kitabevi
- ÖZAY, İlhan, (1994), *Günüşiğinde Yönetim*, İstanbul, Alfa Yayınları
- SAĞLIK BAKANLIĞI, *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara.2004, s. 14-29.
- ŞAHİN, Tayfun (2012), *Aile Hekimliği Hukuku*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul. S.14
- TAŞKIN, Erdoğan, (2005), *Müşteri İlişkileri Eğitimi*. İstanbul: Papatya Yayınevi
- T.C Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı, (İGB), (2004), *Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik*.
- TAŞKIN, Erdoğan (2000). *Müşteri İlişkileri Eğitimi*. 2. Baskı, Papatya Yayıncılık, İstanbul s.18
- TAŞDEMİR, Mustafa (2005). “*Hasta Memnuniyeti*”, *Sağlık İşletmelerinde Yönetim*. Ed: Hayran, Osman ve Sur Hadar, Sayed Yayınları, İstanbul.s. 141
- TAŞKIN, Erdoğan (2005). *Müşteri İlişkileri Eğitimi*. İstanbul: Papatya Yayınevi.
- YARDIM Nazan, vd., (Ed.), (2007), *21 Hedef’te Türkiye: Sağlıkta Gelecek*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- TENGİLİMOĞLU D., IŞIK O. AKBOLAT, M. (2009), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara.

MAKALELER

- ALTIN, Aytuğ, (2013), Kamu Hizmeti Anlayışında Değişim, *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:1 Sayı:2 Aralık: 2013
- ACARTÜRK, Ertuğrul, (2012), Sabiha Keskin. Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Y.2012, C.17, S.3, s.25-51. s.27

- AVCI, Mustafa, (2014), İdarenin Kamu Hizmeti Faaliyetlerinde Daralma Ve Dönüşüm: Özelleştirme Ve Regülasyon, *TAAD*, Yıl: 5, Sayı: 16 (Ocak 2014)
- AKILLI, Hüsnüye, (2013), Kamu Hizmeti İmtiyazından Yap İşlet Devret Yöntemine: Yasal Serüven, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:89/ Nisan - Haziran 2013 s.98
- AKDAĞ, Recep, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, ss.11-20 s.5 <http://www.recepakdur.com>. <http://goo.gl/AE2Ep2>
- BALCI, Asım, (2005), Kamu Örgütlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulanması: Olumlu Perspektifler Ve Olası Zorluklar, *Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi* Sayı:2 Cilt:5 / Aralık 2005 ss.197-211 s.197
- BANAR, Kerim, EKERGİL, V. (2010). Muhasebe Meslek Mensuplarının Hizmet Kalitesi: Sunulan Hizmetlerin Kalitesi ile Müşteri Memnuniyeti İlişkisi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Cilt: 10, sayı: 1, ss: 39-60 s.42-43
- CİHANGİR. Özcan, (1996), “Devlet Hastanelerinde Toplan Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği”, *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu*, Ankara, 1996, s.9
- ÇAĞLAR, Atalay, Ferda Esin GÜLEL, (2015), Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet: Etkinlik Ve Mekânsal Etkileşim Analizi, *Journal Of Life Economics (JLE)*, Sayı 4, 2015, Ss, 29-58, s. 34
- ÇAVUŞ, M. Fedai, Eray GEMİCİ, (2013), Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2013 Yıl: 1, Sayı: 1, ss. 238-257 s.242
- ÇUKURÇAYIR, M. Akif, (2002), “Personel Yönetiminde Değişen Anlayışlar ve Yerel Yönetimler”, *Türk İdare Dergisi*, Cilt 74, Sayı 437, 2002, s. 164
- DERİN, Neslihan, Erkan Turan DEMİREL, (2013), Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, *The Journal of Academic Social Science Studies*, Volume 6 Issue 2, p. 1111-1130, February 2013, s.1113
- DALBAY, Özkan, (1999), “Kamu Yönetiminde Müşteri Odaklı Misyon ve Vizyon”, *Kamu Yönetiminde Kalite 2. Ulusal Kongresi*, TODAİE Yayını, Ankara, ss.95-105., 1999, s.102
- DONEBEDİAN, Avedis, (1990), “Seven Pillars of Quality” *Arch. Pathol. Lab Med* Vol: 114, 1990 November, ss 1115-1119.
- ERDEM, Ramazan, (2008), Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi, *Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 31, Temmuz-Aralık 2008, ss.95-110 s.97

- ERENÇİN, Arif, Vesim YOLCU, (2008), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Ve Yerinden Yönetimi, *Memleket Siyaset Yönetimi*, Cilt: 3, Sayı: 6, 2008/6, S.118-136 S.123
- ERENÇİN, Arif, Vesim YOLCU, (2008), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Ve Yerinden Yönetimi, *Memleket Siyaset Yönetim*, Cilt: 3, Sayı: 6, 2008/6, S.118-136 s.121
- FETTAH, Kıymet, Bayram ŞAHİN, (2009), “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına ilişkin Değerlendirmeleri”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2009, c. 2, S.2, s. 180
- GÖZLÜ, Sıtkı, (1996), “Kamu Hizmeti Veren Kuruluşlarda Toplam Kalite Yönetimi”, *Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri*, Todaie Yayını, Ankara, 1996 Ss. 43-50 s.48
- İDARE HUKUKU, <http://www.turkhukuk sitesi.com/> <http://goo.gl/o5zgd7>
- KOÇAK, Orhan, (2011), Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri Ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler, “*İşgüç” Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 2011, Cilt/Vol: 13, Sayı/Num:4, Page: 61-82 s.65
- KIRILMAZ, Harun, (2013), Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* Cilt: 4, Sayı: 1 , Ocak 2013 s.13
- KIDAK, Levent B., (2008), Mehmet Aksaraylı, Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi Ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Cilt: 10, Sayı:3, 2008 ss.87-122.
- KARAÇOR, Süleyman, Abdullah ARKAN, (2014), "Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karması Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma." *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 8.2 (2014): 90-118. S.96
- KIRILMAZ, Harun, (2013), Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: *Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması*, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 1, Ocak 2013, s.13
- KARADAĞ, Zennure, Belgin AYDINTAN, (2007), Sabahattin Aydın. Aile Hekimliği Uygulamasında Aile Hekiminin Özelliklerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi, *Uluslararası Sağlık Ve Hastane Yönetimi Kongresi*, 2007, s.562
- KERMAN, Uysal, (2012), Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Y.2012, C.17, S.3, s.1-23. s.14

ÖZER, Ali, Enver ÇAKIR, (2007), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, *Tip Araştırmaları Dergisi*, 5 (3), 2007, s. 141

PAPATYA, Gürcan, Nurhan PAPATYA, A. Buğra HAMŞIOĞLU, (2012), Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti, *Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 2 Sayı 1, Ocak 2012, s.91-92

SEZER, Özcan, Tarık VURAL, (2010), Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Devletin Değişen Rolü ve Merkezi Yönetim ile Yerel Yönetimler Arasında Yetki ve Görev Paylaşımı, *Maliye Dergisi*, Sayı 159, Temmuz-Aralık 2010.

SEZER, Özcan, (2008), Kamu Hizmetlerinde Müşteri (Vatandaş) Odaklılık: Türkiye’de Kamu Hizmeti Anlayışı Açısından Bir Değerlendirme, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 4, Sayı 8, 2008.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Stratejik Plan (2013-2017)*, 2012, s.134

TAŞLIYAN, Mustafa, Sibel GÖK, (2012), "Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta Bir Alan Çalışması." *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2.1 (2012): 69-94. S.77

T.C. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI, *Hemşirelik insan Hakları, Hasta Hakları ve Etik*, Ankara, 2013, s.6

WOLAK, Russell, Stavros KALAFATİS and Patricia HARRİS, (1998), An Investigation Into Four Characteristics of Services, *Journal of Empirical Generalisations in Marketing Science*, Volume Three 1998, s.25-27

TEZLER

AYKIR, Emel, (2014), *2002-2012 Sağlık Politikaları Ve Sağlıkta Dönüşüm*, Beykent Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi

BİŞKİN, Ferdi, (2011), *Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi: Kamu Ve Özel Sağlık İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Uygulamaları Araştırması*, Selçuk Üniversitesi, Doktora Tezi.

BOYSAN, Yaprak, (2014), *Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Aile Hekimlerinin Yaşadığı Problemler Ve İş Tatmin Düzeyleri : Bursa Alan Araştırması*, Yalova Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi

BURUCUOĞLU, Murat, (2011), *Müşteri Memnuniyeti Ve Sadakatini Arttırmada Müşteri Şikâyetleri Yönetiminin Etkinliği: Bir Örnek Olay İncelemesi*, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi

DANACI, Burçin, (2010), *Sağlık Bakanlığı, Üniversite Ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması*, Dumlupınar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi

ERDOĞAN, Habibe, (2014), *Türkiye’de Sağlık Politikaları Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003–2010)*, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi

- ESATOĞLU, A.E., (1997), “Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi” ,Hacettepe Üniversitesi Doktora Tezi, Ankara.
- HABERAL, Erkan Bülent, (2012), Hasta Ve Refakatçı Tatmini: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Uygulama, Başkent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi
- KARAKUŞ, Fatih, (2014), Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi (Kahramanmaraş İli Örneği), Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi
- KARACA, Şükran Burçoğlu, (2014), *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama*, Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi
- KOÇAR, Hatice, (2014), *Yerel Yönetimlerde Kamu Hizmet Sunum Yöntemlerinde Değişim İzmir Büyükşehir Belediyesi Örneği*, Süleyman Demirel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi,
- MAKAS, Sultan, (2014), *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Beykent Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi
- ÖZKAN, Döndü Sönmez, (2012), Sağlıkta Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri, Süleyman Demirel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi
- ÖNDER, Burçak, (2013), *Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi*, Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi
- YILMAZ, Filiz Özden, (2010), *Hasta Memnuniyetini Belirleyen Faktörler: Bir Uygulama*, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi

HASTA MEMNUNİYET ANKETİ

Sayın Bay/Bayan; Bu araştırma akademik bir çalışmada kullanılmak üzere yapılmaktadır. Sizler de aşağıdaki sorulara yanıt vererek bu çalışmaya katkıda bulunabilirsiniz. **Ankete isim kesinlikle yazılmayacaktır.** Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi alakadan dolayı teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerimizi sunarız.

Zeliha KÖSE

(Yüksek Lisans Öğrencisi)

1. Cinsiyetiniz Kadın Erkek
2. Yaşınız 18-24
 25-34
 35-44
 45-54
 55-64
 65 ve üstü
3. Medeni Durumunuz Evli Bekar
4. Eğitim Düzeyiniz İlkokul mezunu
 Ortaokul mezunu
 Lise mezunu
 Önlisans mezunu (2 yıllık)
 Lisans mezunu (4 yıllık)
 Yüksek Lisans ve üstü
5. Aylık toplam geliriniz 500 TL den az
 500-1000 TL arası
 1001-1500 TL arası
 1501-2000 TL arası
 2000 TL ve üstü
6. Bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kuruluşu SGK
 Emekli Sandığı

() Bağkur

7. Bu hastaneye ilk kez mi geliyorsunuz? () Evet () Hayır

8. Hizmet alma şekliniz () Ayakta tedavi () Yatarak tedavi

9. Hizmet aldığınız hastanenin ismi (Lütfen yazınız).....

BU HASTANEDE	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
1. Doktor bana zaman ayırıyor ve bilgilendiriyor.					
2. Doktor beni zamanında muayeneye alıyor.					
3. Doktorlar bana karşı kibar ve saygılı davranıyor.					
4. Tahlil ve tetkikler için fazla beklemiyorum.					
5. Tetkik sonuçlarını doktora gösterebilme kolaylığı bulunmaktadır.					
6. Doktorlardan memnunum.					
7. Hemşireler ilgili ve nazik davranıyor.					
8. Sekreterler ilgili ve nazik davranıyor.					
9. Sigorta ve faturalama işlemleri eksiksiz yapılıyor ve bilgilendiriliyor.					
10. Veznede işlemler hızlı yürüyor.					
11. Danışma görevlileri bizi yönlendiriyor ve duyarlı davranıyor.					
12. Güvenlik görevlileri ilgili ve nazik davranıyor.					

13. Diğer personel bize nazik davranıyor.					
14. Hastanenin fiziki görünümünden memnunum.					
15. Hastanede temizlik kurallarına dikkat ediliyor.					
16. Hastanenin bekleme ve dinlenme yerlerinden memnunum.					
17. Hastane personeli birbiriyle uyum içerisinde çalışmaktadır.					
18. Hastaneye ulaşım kolaydır.					
19. Tedavi için gerekli makine ve teçhizat bulunmaktadır.					
20. Telefonla aradığımda polikliniğe rahat ulaşabiliyorum ve randevu alabiliyorum.					
21. Muayene olurken hasta mahremiyetine dikkat edilmektedir.					
22. Muayene olduğum birimde ısı ve ışık şartları iyi düzeydedir.					
23. Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendiriliyorum					
24. Çalışanlar hastalarla etkin bir iletişim kuruyor.					
25. Çalışanlar hasta yakınları ile etkin bir iletişim kuruyor.					
26. Çalışanlar hasta ve hasta yakınlarına gerekli bilgilendirmeyi yapıyorlar.					
27. Bu hastanenin sağlık hizmetleri genel olarak iyidir.					
28. Bu hastaneyi başkalarına öneririm.					

ÖZGEÇMİŞ

1981 Ankara'da doğmuştur. Lise öğrenimini Ankara'da tamamlamıştır. 1998 yılının Eylül ayında Sağlık Bakanlığında Memur olarak göreve başlamıştır. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Uluslararası İlişkiler bölümünden 2002 yılında mezun olmuştur. Halen İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinde çalışmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir. 2014 yılında, Nişantaşı Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

