



T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME DOKTORA PROGRAMI

**KAMU, ÖZEL VE ŞEHİR HASTANELERİNDE SAĞLIK HİZMETİ
KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE MÜŞTERİ SADAKATI
İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

FATMA BETÜL ŞENGÜL

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. TÜRKMEN DERDİYOK

ANKARA

2023

T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME DOKTORA PROGRAMI

**KAMU, ÖZEL VE ŞEHİR HASTANELERİNDE SAĞLIK HİZMETİ
KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE MÜŞTERİ SADAKATI
İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

FATMA BETÜL ŞENGÜL

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. TÜRKMEN DERDİYOK

ANKARA

2023

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

† Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

23/05/2023

Fatma Betül ŞENGÜL

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimime başladığım günden tez sürecimi tamamlamama kadar geçen sürede her zaman desteğini esirgemeyen ve fikirleri ile beni yönlendiren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Türkmen DERDİYOK'a, doktora tez izleme jürimde yer alan ve kıymetli katkılarıyla gelişmeye olanak sağlayan Sayın Dr.Öğr. Üyesi Leyla GÖDEKMERDAN ÖNDER'e ve Sayın Dr. Öğr.Üyesi Fatih SAĞLAM'a teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim hayatım boyunca yanımda olan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli aile büyüklerim canım anneme ve babama, müşterek zamanlarımızı kısıtladığım eşime, kalbimden doğan ve ilk göz ağrım biricik kızım Ayşe Rumeysa'ya, ailemize yeni katılan ve anneliğimi bambaşka bir seviyeye çıkaran canım oğlum M. Ali Tahir'e sonsuz teşekkür ederim...

Saygı ve şükranlarımı sunarım...

ÖZET

ŞENGÜL, Fatma Betül. Kamu, Özel ve Şehir Hastanelerinde Sağlık Hizmeti Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati İlişkilerinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ankara, 2023.

Türkiye’de 2003 yılı itibari ile sağlık sunucularının çeşitlenmesi ve sunucular arasında rekabetin artması, sağlık alanında bilinçli tüketici alışkanlıklarının gelişmesi, hasta/hasta yakınlarının sağlık kurumlarından beklentilerinin değişmesi bireylerin sağlık hizmeti algılarını farklılaştırmıştır. Kalite, müşteri memnuniyetinin ölçüsüdür. Başarılı işletmelerin en önemli hedefi müşteri odaklı kalite yönetimi ile memnuniyeti sağlamaktır. Sağlık kuruluşlarının rekabet gücüne sahip ve başarılı olabilmesi için hastaların hizmet kalitesini nasıl algıladıklarının farkında olmaları gerektiği açıktır. Sunulan sağlık hizmetlerinin performansından beklentiler karşılandığında hasta memnuniyeti ve sadakati artacaktır. Araştırmanın amacı, şehir hastaneleri başta olmak üzere kamu ve özel hastanelerinde hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatinin karşılıklı incelenmesidir. Bu tezde Servqual özelliklere ek olarak yaşanan teknolojik dönüşüm ile ortaya çıkan E-sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve Covid-19 süreçleri ele alınmıştır. Araştırmada yüz yüze anket tekniği ve kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS ve AMOS istatistik paket programlarından yararlanılmıştır. Çalışmanın örneklemi, Ankara ilinde 3 farklı hastaneden rastgele örnekleme yöntemine göre alınan 1.000 hastadan oluşmaktadır. Veri analizi sonucunda, algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerinde, müşteri memnuniyetinin müşteri sadakati üzerinde, hizmet kalitesinin müşteri sadakati üzerinde ve müşteri memnuniyetinin e-sağlık üzerinde anlamlı etkisi tespit edilmiştir. Ayrıca hizmet kalitesi algılarına, müşteri memnuniyeti ve e-sağlık memnuniyet düzeylerine göre hastane türleri arasında farklılık olduğu; hizmet kalitesi algısının memnuniyet ve hasta sadakati düzeylerine göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların tercih ettiği hastane türleri arasında farklılık olduğu tespit edilirken; E-sağlık kullanımına göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hizmet kalitesi, Müşteri memnuniyeti, Müşteri sadakati ve e-sağlık

ABSTRACT

SENGUL, Fatma Betul. Investigation of Health Service Quality, Customer Satisfaction and Customer Loyalty Relations in Public, Private and City Hospitals, Doctoral Thesis, Ankara, 2023.

As of 2003, the diversification of health providers in Turkey and the increase in competition among providers, the development of conscious consumer habits in the field of health, and the change in the expectations of patients/patients' relatives from health institutions have differentiated individuals' perceptions of health services. Quality is the measure of customer satisfaction. The most important goal of successful businesses is to provide satisfaction with customer-oriented quality management. It is clear that in order for healthcare organizations to be competitive and successful, they must be aware of how patients perceive service quality. When the expectations from the performance of the health services provided are met, patient satisfaction and loyalty will increase. The aim of the research is to examine the service quality, customer satisfaction and customer loyalty mutually in public and private hospitals, especially in city hospitals. In this thesis, in addition to Servqual features, satisfaction with e-health services and Covid-19 processes that emerged with the technological transformation are discussed. Face-to-face survey technique and convenience sampling method were used in the research. SPSS and AMOS statistical package programs were used in the analysis of the data. The sample of the study consists of 1,000 patients taken from 3 different hospitals in Ankara according to the random sampling method. As a result of the data analysis, a significant effect of perceived service quality on customer satisfaction, customer satisfaction on customer loyalty, service quality on customer loyalty and customer satisfaction on e-health were determined. In addition, there is a difference between hospital types according to service quality perceptions, customer satisfaction and e-health satisfaction levels and it has been determined that there is a difference between the types of hospitals preferred by patients in the risk group for Covid-19 disease according to the satisfaction and patient loyalty levels of the service quality perception and it has been found that there is no difference between hospital types of patients in the risk group for Covid-19 disease according to e-health use.

Keywords: service quality, Customer satisfaction, Customer loyalty and e-health

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

BİLDİRİM	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM.....	3
HİZMET SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI.....	3
1.1. Hizmetin Tanımı.....	3
1.2. Hizmetin Özellikleri	4
1.2.1. Soyutluk (Dokunulmazlık).....	5
1.2.2. Ayrılmazlık (Eş Zamanlı Üretim ve Tüketim).....	6
1.2.3. Türdeş Olmama (Heterojenlik)	7
1.2.4. Dayanıksızlık (Stoklanamaması).....	7
1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması	8
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	9
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	10
1.6. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	10
1.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	11
1.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	12
1.6.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	14
1.6.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	15

1.7. Dünya’da Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	16
1.8. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Tarihsel Gelişimi	19
1.8.1. 1920-1923 Dönemi Sağlık Hizmetleri	19
1.8.2. 1923-1946 Dönemi Sağlık Hizmetleri	19
1.8.3. 1946-1960 Dönemi Sağlık Hizmetleri	20
1.8.4. 1960-1980 Dönemi Sağlık Hizmetleri	21
1.8.5. 1980-2002 Dönemi Sağlık Hizmetleri	22
1.8.6. 2003 Yılı ve Sonrası Dönemi Sağlık Hizmetleri.....	22
1.9. Sağlık Hizmet Sunucuları Tanımı	26
1.10. Sağlık Hizmet Sunucularının Sınıflandırılması.....	26
1.10.1. Kamu Hastanelerinin Tanımı	27
1.10.1.1. Kamu Hastanelerinin Kapsamı.....	27
1.10.1.2. Kamu Hastanelerinin Özellikleri.....	28
1.10.1.3. Kamu Hastanelerinin Hizmet Sunan ve Alan Açısından Finansmanı	29
1.10.2. Özel Hastanelerin Tanımı.....	30
1.10.2.1. Özel Hastanelerin Kapsamı.....	30
1.10.2.2. Özel Hastanelerin Özellikleri.....	32
1.10.2.3. Özel Hastanelerin Hizmet Sunan ve Alan Açısından Finansmanı	32
1.10.3. Kamu- Özel Sektör İş Birliği- Şehir Hastaneleri (Public-Private- Partnership; PPP) ve Tanımı	33
1.10.3.1. Şehir Hastanelerinin Kapsamı	34
1.10.3.2. Şehir Hastanelerinin Özellikleri	35
1.10.3.3. Şehir Hastanelerinin Hizmet Sunan ve Alan Açısından Finansmanı	36
2. BÖLÜM.....	37
KALİTE YÖNETİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE.....	37
2.1. Kalite Yönetimi Kavramı, Tanımı.....	37

2.2. Kalite Yönetiminin İlkeleri	37
2.3. Kalite Yönetiminin Tarihçesi	38
2.3.1. Klasik Yönetim Yaklaşımları	38
2.3.2. Neoklasik (Davranışsal) Yönetim Yaklaşımı	39
2.3.3. Modern Yönetim Teorisi	40
2.3.4. Post-Modern Yönetim	41
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi	42
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Kalite Yönetimi	42
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamalarının Tarihsel Gelişimi	44
2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Etkileyen Faktörler	47
2.5. Sağlıkta Hizmet Kalitesi Tanımı ve Özellikleri	48
2.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Modelleri	51
2.6.1. Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli	52
2.6.2. Servqual Hizmet Kalitesi Modeli	53
2.6.3. Servperf Hizmet Kalitesi Modeli	54
3. BÖLÜM.....	55
MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE MÜŞTERİ SADAKATI	55
3.1. Sağlıkta Müşteri Memnuniyeti	55
3.1.1. Müşteri Memnuniyeti Kavramı	55
3.1.2. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti Kavramı	56
3.1.3. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyetine Etki Eden Unsurlar	57
3.1.3.1. Sosyo- Demografik Özellikler	57
3.1.3.2. Hizmet Verene İlişkin Özellikler.....	57
3.1.3.3. Kurumsal, Fiziksel ve Çevresel Özellikler.....	58
3.1.4. Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti İlişkisi	58
3.2. Sağlıkta Müşteri Sadakati.....	60
3.2.1. Müşteri Sadakati Kavramı.....	60
3.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Sadakati.....	61

3.3. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Sadakatının Önemi.....	62
3.4. Hizmet Kalitesi ile Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki.....	63
3.5. Müşteri Memnuniyeti ile Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki	64
4. BÖLÜM.....	65
KAMU, ÖZEL VE ŞEHİR HASTANELERİNDE SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE MÜŞTERİ SADAKATI İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ	65
4.1. Araştırmanın Amacı	65
4.2. Araştırmanın Önemi ve Geçmişi.....	66
4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	71
4.4. Araştırmanın Metodolojisi	71
4.4.1. Örneklem Süreci.....	71
4.4.2. Pilot Çalışma	72
4.4.3. Veri Toplama Yöntem ve Aracı	72
4.4.4. Araştırma Modeli ve Hipotezleri.....	74
4.5. Verilerin Analizi.....	80
4.5.1. Katılımcıların Demografik Dağılımı ve Frekans Analizi.....	81
4.5.2. Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Test Edilmesi.....	83
4.5.2.1. Hizmet Kalitesi Değişkeninin Test Edilmesi.....	83
4.5.2.1.1. Hizmet Kalitesi Değişkeninin Açıklayıcı Faktör Analizi	84
4.5.2.1.2. Hizmet Kalitesi Değişkeninin Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	85
4.5.2.2. Müşteri Memnuniyeti Değişkeninin Test Edilmesi	88
4.5.2.2.1. Müşteri Memnuniyeti Değişkeninin Açıklayıcı Faktör Analizi.....	89
4.5.2.2.2. Müşteri Memnuniyeti Değişkeninin Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	90
4.5.2.3. Müşteri Sadakati Değişkeninin Test Edilmesi.....	92
4.5.2.3.1. Müşteri Sadakati Değişkeninin Açıklayıcı Faktör Analizi	93

4.5.2.3.2. Müşteri Sadakati Değişkeninin Doğrulayıcı Faktör Analizi	94
4.5.2.4. E- Sağlık Değişkeninin Test Edilmesi	96
4.5.2.4.1. E- Sağlık Değişkeninin Açımlayıcı Faktör Analizi ..	97
4.5.2.4.2. E-Sağlık Değişkeninin Doğrulayıcı Faktör Analizi ...	98
4.5.3. Path Analizi	101
4.5.4. Ölçümlerin Hastane Türlerine Göre Farklılıkların İncelenmesine Yönelik One Way Anova Testi Sonuçları	105
4.5.5. Covid- 19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Hastalarda Ölçümlerin Hastane Türlerine Göre Farklılıkların İncelenmesine Yönelik One Way Anova Testi Sonuçları.....	107
4.5.6. Demografik ve Ekonomik Özelliklerin Ki Kare Testi Sonuçları ile Değerlendirilmesi	109
SONUÇ.....	114
KAYNAKÇA	119
EKLER.....	142
Ek-1. Anket Formu	142
EK-2.	146
EK-3.	147
ÖZGEÇMİŞ.....	148

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1. Fiziksel Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar.....	5
Tablo 2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Düzenlemeleri.....	24
Tablo 3. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı	28
Tablo 4. Türkiye’de Özel Hastane İşletmelerinin Mevcut Durumu.....	31
Tablo 5. Şehir Hastanelerinin Mevcut Durumu	35
Tablo 6. Ölçek Kaynakları	73
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Cevaplayıcıların Demografik Özellikleri	82
Tablo 8. Hizmet Kalitesi Değişkenine Ait İfadeler ve İfadelere Atanan Kod Tablosu..	83
Tablo 9. Hizmet Kalitesi Değişkenine Ait KMO ve Bartlett Sonuçları	84
Tablo 10. Hizmet Kalitesi Değişkenine Ait İfadelerin Faktörleri	85
Tablo 11. Hizmet Kalitesi Değişkenine Ait Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı	87
Tablo 12. Hizmet Kalitesi Değişkenine Ait Standart Regresyon Katsayıları	88
Tablo 13. Müşteri Memnuniyeti Değişkenine Ait İfadeler ve İfadelere Atanan Kod Tablosu	88
Tablo 14. Müşteri Memnuniyeti Değişkenine Ait KMO ve Bartlett Sonuçları	89
Tablo 15. Müşteri Memnuniyeti Değişkenine Ait İfadelerin Faktörleri	90
Tablo 16. Müşteri Memnuniyeti Değişkenine Ait Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı	91
Tablo 17. Müşteri Memnuniyeti Değişkenine Ait Standart Regresyon Katsayıları.....	92
Tablo 18. Müşteri Sadakati Değişkenine Ait İfadeler ve İfadelere Atanan Kod Tablosu	92
Tablo 19. Müşteri Sadakati Değişkenine Ait KMO ve Bartlett Sonuçları	93
Tablo 20. Müşteri Sadakati Değişkenine Ait İfadelerin Faktörleri	94
Tablo 21. Müşteri Sadakati Değişkenine Ait Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı	95
Tablo 22. Müşteri Sadakati Değişkenine Ait Standart Regresyon Katsayıları	96

Tablo 23. E- Sağlık Değişkenine Ait İfadeler ve İfadelere Atanan Kod Tablosu.....	96
Tablo 24. E- Sağlık Değişkenine Ait KMO ve Bartlett Sonuçları	97
Tablo 25. E-Sağlık Değişkenine Ait İfadelerin Faktörleri	97
Tablo 26. E-Sağlık Değişkenine Ait Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı	99
Tablo 27. E-Sağlık Değişkenine Ait Standart Regresyon Katsayıları.....	99
Tablo 28. Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi	100
Tablo 29. Araştırmanın First Order Path Modelinin Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı	103
Tablo 30. Ölçümlerin Hastane Türüne Göre Farklılıkların Anova Testi Sonuçları	105
Tablo 31. Covid-19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Hastalarda Hastane Türleri Arasındaki Farkın Anova Testi Sonuçları	107
Tablo 32. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları	109
Tablo 33. Hastane Türlerine Göre Demografik Bilgilerin Ki-Kare Testi İle Analizi ..	110

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	11
Şekil 2. Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetini Sunan Kuruluşlar.....	14
Şekil 3. Yıllık Sağlık Harcaması.....	30
Şekil 4. 2002-2019 Arası Özel Hastane Yatak Sayısı.....	31
Şekil 5. Grönross Hizmet Kalitesi Modeli.....	52
Şekil 6. Servqual Hizmet Kalitesi Modeli	54
Şekil 7. Araştırma Modeli.....	76
Şekil 8. Hizmet Kalitesi İki Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli	86
Şekil 9. Müşteri Memnuniyeti Tek Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli.....	91
Şekil 10. Müşteri Sadakati Tek Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli	95
Şekil 11. E-Sağlık Tek Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli.....	98
Şekil 12. Path (Yol) Modeli	102

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACS	: American College of Surgeons
AÇS	: Ana Çocuk Sağlığı
AEP	: Acil Eylem Planı
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AMA	: Amerikan Pazarlama Birliği
ANOVA	: Analysis of Variance
AVE	: Average Variance Extracted
CA	: Cronbach Alpha
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
CIRS	: Kritik Olaylar Yönetimi
CR	: Composite Reliability
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GFI	: Goodness of Fit Index
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
IFI	: Artmalı Uyum İndeksi
ISO	: Uluslararası Standartlar Örgütü
JCI	: Joint Commission International
KBB	: Kulak -Burun-Boğaz
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KHB	: Kamu Hastaneler Birliği
KMO	: Kasiyer Meyer Olkin
KÖİ	: Kamu Özel İşbirliği
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
NFI	: Normalleştirilmiş Uyum İndeksi
ÖFG	: Özel Finansman Girişimi
PPP	: Public Private Partnership
RMSEA	: Hata Kareleri Ortalamalarının Kare Kökü Yaklaşımı
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SRMR	: Standardized-Root Mean Square Residual
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YKİ	: Yeni Kamu İşletmeciliği
YMA	: Yaşam Memnuniyeti Anketi



GİRİŞ

Son yıllarda hizmet sektörü, ekonomik kalkınmanın itici gücü haline gelmesi ile birlikte sektörde oluşan rekabet artmış ve rakip işletmeler yönünü müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatini kazanmak için sürekliliği sağlanan üstün hizmet kalitesine çevirmiştir. İşletmeler ise bunun ancak pazarlama anlayışını değiştirerek ve müşteri odaklı olmakla sürdürülebileceğini kavramışlardır.

Hizmet sektörünün en önemli ayağı olan sağlık işletmelerinde müşteri odaklı olmak, müşterinin memnuniyetini ve beklentisini karşılayacak kaliteli sağlık hizmeti sunmak ile gerçekleşmektedir. Beklentilerin üstünde sunulan kaliteli sağlık hizmeti, müşteri memnuniyeti sağlarken bir yandan da hizmetlerin iyileştirilmesi için önemli bir fikir kaynağını temsil eder. Buna ek olarak hastaların sağlık sunucularını tekrardan ziyaret etme eğilimini ve tavsiye kararlarını da etkiler (Lee, 2018, s.120). Bu bağlamda sağlık hizmeti sunucuları, tüketici bakışısıyla farkındalık yaratmak için müşterilere mükemmel hizmet kalitesi deneyimi sunmaya, yani müşterilerin istek ve ihtiyaçlarını karşılayacak stratejiler üretmeye başlamıştır. Üretilen bu stratejiler sonucu oluşan deneyim, müşteri memnuniyeti açısından kritik öneme sahiptir (Wolf, 2018, s.3). Yaşanan pozitif müşteri deneyimi, müşteri memnuniyeti ile hizmet kalitesinin doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (Heskett vd.,1997). Bu şekilde artan müşteri memnuniyeti sağlık kuruluşuna olan sadakati arttıracaktır (Lee ve Lee, 2022, s.3). Literatürde de memnuniyet ve sadakat arasında güçlü ilişkiyi destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Dam ve Dam, 2021, s.585).

Yapılan bu çalışmalar gösteriyor ki; memnuniyetin ve sadakatin ancak sunulan sağlık hizmetlerin kaliteli olması ile sağlanmasıdır. Bu ise sağlık kuruluşunun varlığını devam ettirmesine, sağlık piyasasının öncüsü olmasında ve finansal anlamda karlılığını arttırmada büyük rol oynamaktadır. Bu doğrultuda sağlık piyasasının önemli ayağı olan sağlık sunucularından hizmet alan hastaların memnuniyetlerini araştırmak için algılanan hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti, müşteri sadakati ve teknolojik bir değişken eklenerek e-sağlık arasındaki ilişki farklı türdeki sağlık sunucuları arasında yapısal eşitlik modellenmesi ile incelenmiştir. Araştırma, Ankara ilinde 3 farklı hastaneden hizmet alan ayaktan ve yatan her yaştan hastalar üzerinde uygulanmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde hizmet sektörü ve sağlık hizmeti sunucuları başlığı altında hizmetin tanımı ve özellikleri, hizmetin sınıflandırılması, sağlık hizmetlerinin tanımı, sağlık hizmetlerinin

özellikleri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, Dünya’da ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi, sağlık hizmet sunucularının tanımı ve Türkiye’de sağlık hizmet sunucularının sınıflandırılması incelenmiştir. İkinci bölümde; kalite yönetimi ve sağlık hizmetlerinde kalite başlığı altında kalite yönetimi kavramı, kalite yönetiminin ilkeleri, kalite yönetiminin tarihçesi ve kalite yaklaşımları, sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi kavramı, sağlık hizmetlerinde kalite uygulamaları ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen faktörler, sağlık hizmet kalitesi tanımı ve özellikleri, sağlık hizmetlerinde kalite modelleri incelenmiştir. Üçüncü bölümde; müşteri memnuniyeti, müşteri sadakati başlığı altında sağlıkta müşteri memnuniyeti, müşteri memnuniyeti kavramı, sağlık sektöründe müşteri (hasta) memnuniyeti kavramı ve etki eden faktörler, hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti arasındaki ilişki, sağlıkta müşteri (hasta) sadakati, müşteri sadakati kavramı ve sağlık hizmetlerinde müşteri sadakati, sağlık hizmetlerinde müşteri sadakatının önemi, hizmet kalitesi ile müşteri sadakati, müşteri memnuniyeti ile müşteri sadakati arasındaki ilişki incelenmiştir. Dördüncü bölümde ise kamu, özel ve şehir hastanelerinde sağlık hizmeti kalitesi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati ilişkileri incelenmiştir. Araştırma verilerinin toplanması için hazırlana anket formu katılımcılara sunulmuş ve doldurmaları talep edilmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda analizler yapılarak değerlendirilmiştir.

1. BÖLÜM

HİZMET SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI

1.1. Hizmetin Tanımı

Hizmetler, çok çeşitli ve genellikle karmaşık faaliyetleri kapsar, bu da onları tanımlamayı zorlaştırır. Hizmetleri tanımlama tarihsel olarak çok eskiye dayanmaktadır. Hizmet kelimesi, başlangıçta hizmetçilerin efendileri için yaptıkları iş ile ilişkilendirilirken zamanla bu kavram yardım etme, bir başkasının yararına olan davranış olarak evrim geçirmiştir. Hizmetler, bir tarafın diğerine gerçekleştirdiği ekonomik faaliyetlerdir. Hizmet, müşterilere para, zaman ve çaba karşılığında işgücüne, beceriye, uzmanlığa, mallara, tesislere, ağırlara ve sistemlere olan erişim karşılığında değer sunar (Wirtz ve Lovelock, 2021, s.37-38). Yani hizmetin temeli, var olan değere ulaşmaktır.

Sürdürülebilir rekabet için önemli bir kavram olan hizmet kavramı, işletmelerin ve organizasyonların var olma amaçlarından biri olmuş ve çeşitli iş kollarından oluşan geniş bir yelpazeyi kapsamıştır. Hizmetin tanımı, ekonomistler ve pazarlama uzmanları arasında aktif bir tartışma ve araştırma alanı olmuş, evrensel tek bir tanım yapılamamıştır (Judd 1964; Rathmell 1966; Hill 1977). Nick Johns'un 1999'da European Journal of Marketing'de yayınlanan bir makalesinde “hizmet” kelimesinin büyük bir anlam zenginliğine ve çeşitliliğine sahip olduğunu belirtmekle birlikte, hizmetin ayırt ediciliğinin örtük bir şekilde kabul edildiği iddia etmektedir.

Hizmet, müşteriler tarafından aynı anda üretim ve tüketimi yapılan bir faaliyettir (Parasuraman, vd., 1985, s.45). Collier, Parasuraman ve diğerlerinin hizmet tanımını genişleterek hizmeti, “üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba” olarak ifade etmiştir. (Uyguç, 1998, s. 8). Quinn ve Gagnon (1986) da hizmeti, “bir ürün veya bir maldan oluşmayan tüm ekonomik faaliyetler” olarak tanımlamıştır (Kayastha, 2011). Diğer bir tanımda ise hizmet, tüketici ihtiyaçlarının doyuma ulaşması amacıyla oluşturulan maddesel özelliği olmayan bir üründür (Devebakan ve Aksaraylı, 2003, s. 40). Hizmet, soyut bir kavramdır. Kayda alınmayan, depolanamayan, standardizasyonu bulunmayan, üretici ile tüketici arasında olan ve sahiplik ilişkisi bulunmamaktadır (Assael, 1993'den akt. Eleren ve Kılıç, 2007, s.240).

Lovelock vd. göre (1999) ise hizmet, taraflar arasında sunulan karşılıklı bir iş ya da icraattır. Elle tutulamaz, soyuttur ve mülkiyet gerektirmez. P.Kotler ve G. Armstrong tarafından yapılan hizmet tanımı ise, “ taraflar arasında karşılıklı sunulan soyut ve herhangi bir mülkiyet gerektirmeyen bir etkinlik ya da yarar” şeklinde yapılmıştır. (Kotler ve Armstrong, 2011, s.9)

Maglio ve Spohrer (2013, s.66) tarafından vurgulanan hizmet tanımı ise; insanların, teknolojinin, diğer iç ve dış sistemlerin ve paylaşılan bilgilerin (dil, süreçler, ölçüler, fiyatlar, politikalar ve yasalar gibi) ortak üretimidir. Lovelock ve Patterson’a (2015, s.7) göre hizmet ise taraflar arasındaki performans ve deneyim sonucu oluşan soyut, mülkiyet gerektirmeyen ve alıcı için değer yaratan kavramdır.

Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) hizmet kavramını, "satış işleminin öncesi ve sonrası elde edilen fayda ya da tatminlik” olarak tanımlamıştır (Bozpolat, 2019, s.270). Fakat bu tanıma, fiziksel malları ve hizmetleri yeterince ayırmaması sebebiyle birçok eleştiri gelmiştir. (Ersöz, 2009, s.24).

Tanımların ortak noktasından yola çıkarak hizmet kavramını; ekonomik bir değeri bulunan, üretildiği anda tüketilebilen, soyut olan, değer yaratan ve ticarete konu olabilecek her şey olarak tanımlayabiliriz.

1.2. Hizmetin Özellikleri

Pazarda satıcı ve alıcı arasında bir değer alışverişi ima eden hizmetler, iki taraf arasındaki zamana dayalı ekonomik faaliyetler olmasından dolayı birçok işletme, müşterilerin ihtiyaçlarına yönelik çözümler sunmaktadır (Wirtz, J., & Lovelock, C. 2021, s.40). Müşteri sadakatine giden yolda memnuniyeti sağlayabilmek için hizmet pazarlamasının ilk basamağı olan hizmet özellikleri anlaşılmalı ve stratejik işletme planı buna göre kurgulanmalıdır (Parasuraman vd., (1985, s.41-50). Hizmetleri fiziki mallardan ayıran başlıca dört özelliğin bulunduğunu ifade etmektedir. Bunlar; dokunulmazlık (soyutluk), heterojen olma (türdeş olmama), ayrılmazlık (eş zamanlı üretim ve tüketim) ve stoklanamamadır. Yazarlar tarafından evrensel olarak hizmetleri fiziki mallardan ayıran en çok belirtilen iki özelliği, soyutluk ve stoklanamaz oluşudur. (Rathmell, 1966; Berry, 1980; Shostack, 1977). Hizmet kavramının daha net kavranabilmesi için fiziki malların özellikleri ile karşılaştırılmalı incelenmesi gerekmektedir. Tablo 1’ de mal ve hizmetler arasındaki farkları ve bu özelliklerin yansımaları özetlenmektedir. Bu ayırt

edici özelliklerin hizmetlere özgü değil aynı zamanda mallarla da ilgilidir. Tüm ürünler hizmeti oluşturduğu gibi kurulan ekonomik mübadele ilişkisinin temeli de hizmet sunumuyla alakalıdır. Bu ayırt edici özelliklerin tanımlanması, üretimde kaliteye ulaşmak için hizmet kalitesinin iyileştirilmesi noktasında mevcut olandan farklı yaklaşımların gerekli olduğunu anlamamızı sağlar.

Tablo 1.
Fiziksel Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklar

Fiziki Mallar	Hizmetler	Ortaya Çıkan Etkiler
Somut	Soyut	Hizmetler stoklanamaz.
		Hizmetler kolayca patentlenemez.
		Hizmetler kolaylıkla görüntülenemez.
		Hizmetlerin fiyatlandırılması zordur.
Standart	Heterojen	Hizmet sunumu sonrası gerçekleşen müşteri memnuniyeti, değişken bir yapı gösterir.
		Hizmet kalitesi standart olmayıp, kontrolü birçok faktöre bağlıdır.
		Sunulan hizmetin planlanan ve tanıtılanla uyduğuna dair kesin bir bilgi yoktur.
Tüketimden ayrı üretim	Eşzamanlı üretim ve tüketim	Müşteriler her işlemde iştirak sağlar.
		Müşteriler birbirlerini etkiler.
		Çalışanlar hizmet sonucunu etkiler.
		Ademi merkezîyetçilik önemli olabilir.
		Seri üretim zordur.
Stoklanabilir	Stoklanamaz	Arz ve talebi senkronize etmek zordur.
		Hizmetlerin iadesi veya yeniden satışı yapılamaz.
		Belirli bir zaman diliminde mevcut olan hizmetler ileri bir tarihte satılamaz veya teslim edilemez.

Kaynak: A. Parasuraman, V. A. Zeithaml, and L. L. Berry, "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research." Journal of Marketing 49 (Fall 1985), pp. 41–50

1.2.1. Soyutluk (Dokunulmazlık)

Hizmetlerin kullanıcılar tarafından en kabul edilebilir ve fikir birliğine varılan temel ayırıcı özelliği dokunulmazlığı yani soyut oluşudur. Hizmetler fiziksel ürünlerden farklı olarak performans veya eylemlerden oluşması sebebiyle somut malları duyumsadığımız şekilde görülemez, tadılamaz, hissedilemez, dokunulamaz ve koklanamazlar (Rao, 2011, s.9). Örneğin sağlık hizmetleri, sunucular tarafından hastalara ve hasta yakınlarına yönelik muayene, teşhis, tedavi ve ameliyat gibi işlemler uygulanırken bu hizmetler hastalar tarafından görülemez, dokunulamaz fakat hizmetin somut bileşenleri olan fiziksel olarak görülen hastane odası ve tıbbi ekipmanlar görülebilir ve dokunulabilir. Hastaya tanı konulduktan ve ameliyat sonrası somut kanıtlar olsa da hasta hizmeti tam algılayamayabilir.

Hizmetlerin soyut olması beraberinde birtakım zorlukları da getirmektedir. Hizmetler, fiziksel bir varlığa sahip olmamasından dolayı kolayca patentlenemez böylece yeni hizmet konseptleri, rakipler tarafından kolaylıkla taklit edilebilir (Wilson vd, 2016, s.21). Bunun yanı sıra hizmetlerin soyut olmasından dolayı maliyetlerinin belirlenmesi ve fiyatlandırılması da zordur. Hizmet envanterinin çıkartılması ve talepteki dalgalanmaların yönetilmesinde de birtakım zorluklar yaşanır. Hizmetler müşterilere kolayca gösterilemez ve iletilemez, bu durum tüketicilerin kaliteyi değerlendirme sürecini zorlaştırmakta, karmaşıklarıştırmakta ve müşteride belirsizlik hissi yaratmaktadır. Hizmetin dokunulmazlık yani soyutluk özelliğinde yaşanan bu zorlukların üstesinden gelebilmek için pazarlamacıların ve yönetimin, rekabet üstünlüğü sağlaması adına hizmeti somutlaştırmaya yönelik stratejiler üretmesi gerekmektedir.

1.2.2. Ayrılmazlık (Eş Zamanlı Üretim ve Tüketim)

Üretim ve tüketim sırası açısından fiziki mallar ve hizmetler arasında bir ayrım vardır. Fiziki mallar önce üretilir, sonra depolanır ve nihayet satılıp tüketilirken; hizmetler önce satılır, akabinde ise üretim ve tüketim aynı anda gerçekleşir (Regan, 1963, s.60; Mudie ve Pirrie, 2012). Hizmetler, hizmet sağlayıcıdan ayrılamaz. Aslında, bir hizmetin üretimi, teslimi ve tüketimi, alıcı-satıcı etkileşiminde eş zamanlı olarak gerçekleşir (Rao, 2011). Ayrılmazlık; eş zamanlı gerçekleşen üretim ve tüketimin sonucu olarak hizmet üreticilerinin, şahsen ürünün bir parçası olarak ve tüketici için ise hizmet tecrübelerinin temel bir bileşeni olarak rol oynarken bulmasıdır. Postmodernizm yönetim anlayışının, günümüzde bizlere sunduğu unsurlardan biri de üretim ve tüketimin eş zamanlı olması nedeniyle müşterinin hizmetin üretilmesine dâhil olmak istemesi şeklinde gözlenmektedir. Özellikle sağlık alanında, Covid- 19 pandemisi ile mücadelede aşı çalışmalarında müşterinin yani gönüllü hastanın hizmetin üretilmesine aktif katılımı görülmektedir. Bu bizlere, müşterinin hizmet alımında işlem sonucunu olumlu veya olumsuz etkileyebildiğinin göstergesidir (Mudie ve Pirrie, 2012).

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte, birçok hizmet artık zamanın farklı noktalarında üretilip tüketilebilmekte, bu özellik bazı hizmet sağlayıcılarının daha az zorlukla karşılaşması şeklinde sonuçlanmaktadır. Özellikle küresel olarak yaşanan Covid-19 pandemisi ile birlikte eğitim alanında yaşanan zorunlu gelişmelerden olan online eğitim ya da diğer bir deyişle çevrimiçi eğitimin geliştirilmesi ile sınıf derslerinin ve bilgilerinin eş zamanlı verilmesi hizmetin ayrılmazlık özelliğini bir kez daha ortaya koymuştur.

1.2.3. Türdeş Olmama (Heterojenlik)

Hizmetler bireyler tarafından sıklıkla üretilen, tüketilen ve karşılıklı yaratılan performanslar olduğu için hizmetlerin mütakabil benzerlikleri olmayacaktır. Sunulan hizmet güne, saate, zamana, mekâna, müşteriye ve sunan kişiye göre farklılık arz edecek ve yüksek değişkenlik potansiyeli gösterecektir (Zeithaml vd., 1985, s.40; Sayım ve Aydın, 2011, s.29). Bu yüksek değişkenlik, özellikle emek içeriği fazla olan hizmetler için sorun teşkil edecektir (Rathmell, 1966, s.35; Onkvisit and Shaw, 1991, s.15).

Hizmet endüstrisinin önemli bir kısmının emek yoğun olduğunu kabul edersek, standart mamul üretme şansı azdır (Üner, 1995, s.10). Hizmet pazarlaması, fiziki mallar gibi standart değil farklılaşmayı ve fark yaratmayı zorunlu kılmaktadır. İşletme stratejistleri, heterojenliğin işletmeler tarafından farklılaşma noktası olarak sunulabileceğini ve bunun faydaya dönüşerek bir yenilik stratejisi fırsatı sunduğunu öne sürmektedir. Bunu fırsata çeviren işletmelerin ise başarılı olma yönünde önemli bir hamle olacağın belirtilmiştir (Üner, 1995, s.5). Hizmetler zaman, organizasyon ve insanlar arasında heterojen olduğundan, tutarlı hizmet kalitesi sağlamak zordur. Türdeş olmamanın getirdiği engellerden biri de değişkenlik gösteren hizmet kalitesindeki spesifikasyonlarının uygulanamayışı, tutarlı bir hizmet sunmanın ve kalite kontrolünün zor olmasıdır (Doğan ve Tütüncü, 2003).

1.2.4. Dayanıksızlık (Stoklanamaması)

Hizmetler, performans olarak nitelendirildiği için onların fiziki mallardan ayrılan en önemli özelliği depolanamayışı yani stok olarak elde tutulamamasıdır (Mudie ve Pirrie, 2012,). Fiziki malların aksine, hizmetler bozulabilirlik ile karakterize edilir. Hizmetlerin çabuk bozulan doğası, aşırı talebi karşılamak için veya hizmet kapasitesi yetersiz olduğunda tampon olarak stok oluşumunu da engeller. Hizmetlerin kaydedilememesi, stoklanamayışı, tekrardan satışa sunulamaması ve iade edilememesi gerçeği işletmelerin güçlü stratejilere ihtiyaç duyduğu anlamına gelir (Wilson vd, 2016, s.22). Örneğin, estetik operasyon geçiren hastaya uygulanan ve isteği doğrultusunda olmayan dokunuşların geri dönüşü olamayacağı için müşterinin iyi niyetini geri kazanmak için farklı uygulamalar sunulabilir.

Kısaca hizmette ikinci kez yoktur. Bu özelliğinden dolayı kalite kontrol ölçümlerini de güçlendirmektedir (Hebert, 1994, s.4). Bir hizmet işini başarılı bir şekilde

yönetmek için, hizmetin karakteristik özelliklerinin yarattığı kritik sapmaları anlamak ve bu doğrultuda stratejinin oluşturulması, müşteri memnuniyeti ve müşteri tatminine giden yolun anahtarıdır.

1.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması

Günümüz küreselleşen dünyasında hızlı değişen siyasi, ekonomik, kültürel etkileşim ve teknolojik inovasyon ile beraber artan yerel ve küresel ticari rekabet birtakım zorlukları beraberinde getirmiştir. Bu zorluklardan biri de işletmelerin geniş yelpazeden oluşan hizmet ve mallarının yarattığı çeşitliliğin değişimlere adapte olabilmesidir. Sosyal kaynaklı yaşanan yeni gelişmeleri de eklersek, yeni hizmet kollarını gündeme getirmiş ve hizmet sınıflandırmasını güçleştirmiş oluruz.

Hizmetleri, soyut ve heterojen olmasından dolayı fiziksel ürünlere göre sınıflandırmak zordur. Geniş bir yelpazeye sahip olmasından dolayı literatürde geçmişten bugüne kadar hizmetlerin sınıflandırılması ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır (Gümüş ve Göker, 2012, s.183). Schmenne (1986, s.30), hizmet işletmelerini sınıflandırmak için kullanılabilecek iki unsur önermiştir. Birinci unsur, emek yoğunluğu derecesinin yüksek ve düşük olmasına göre; ikinci unsur ise, etkileşim ve kişileştirme derecesine göre. Thomas ise (1978, s.160), hizmetlerin "ekipman temelli" veya "insan temelli" olarak sınıflandırmıştır. Ekipmana dayalı hizmetlere örnek: araba yıkama, taksiler, kuru temizlemedir. İnsan temelli hizmetlere örnek: temizlik hizmetleri, gardiyanlar, araba tamiri, avukatlar ve muhasebecilerdir.

Literatürde en çok kabul gören sınıflandırma Amerikan Pazarlama Birliğinin sınıflandırmasıdır. Bu sınıflandırmaya göre, hizmetler 10 kategoriden oluşmaktadır. Bu kategoriler; sağlık hizmetleri, finansal hizmetler, profesyonel hizmetler, turizm hizmetleri, spor- sanat ve eğlence hizmetleri, kamusal- yarı kamusal- kâr amacı gütmeyen hizmetler, kiralama hizmetleri, eğitim ve araştırma hizmetleri, telekomünikasyon hizmetleri ve kişisel – bakım ve onarım hizmetlerinden oluşmaktadır (Kayral, 2015, s.10). Yapılan bu sınıflandırma işlemine göre hizmetleri; soyut ve somut, pazarlanabilen ve pazarlanmayan, hizmeti sunan satıcı ile alıcı arasındaki ilişkiye göre, üretici ve tüketici hizmetler ve hizmet sunan kurumun esnekliğine ve inisiyatifine göre beş başlıkta gruplandırmak olasıdır (Öztürk, 2019, s.26).

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri, bir ülkenin en önemli hizmetlerinden biridir. Toplum oluşturur her birey, sağlık hizmetlerinin daima kullanıcısı ve müşterisi durumundadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri bireylerin en temel hakkı arasına girmiş ve 1961 Anayasasının 49. maddesine göre sağlığın temel bir hak olduğu belirtilmiştir (Altay, 2007, s.43).

Sağlık hizmetleri kavramının temeli, 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata şehrinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Acil Yardım Fonu (UNICEF) önderliğinde uluslararası gerçekleştirilen “Temel Sağlık Hizmetleri” konulu konferans sonucu yayınlanan bildirgede şekillenmiştir. Sağlığın temel insan hakkı olduğunun ve kabil olan en etkili sağlık düzeyine ulaşmanın mühim insani hak olduğu vurgulanmıştır (Alma – Ata Bildirgesi, 1978, s.2: https://istanbulism.saglik.gov.tr/Eklenti/27594/0/almaatabildirisi1978pdf.pdf?_tag1=FC3E7AC48F1716DEA440C85126AE87D30F858130).

Ülkemizde ise 1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ‘da (5.1.1961 gün ve 224 sayılı) belirtildiği gibi sağlık hizmetleri, toplumsal olarak insan sağlığını tehdit edecek ve olumsuz sonuç doğuracak tüm faktörlerin yok edilmesi ve bu faktörlerin yaratacağı olumsuz etkisinden korunması, tedavi ve rehabilite faaliyetlerinin tümüdür. (Sağlık Bakanlığı, 1961, <https://ilkoordinasyonweb.saglik.gov.tr/TR,5396/224-sayili-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun-1211961---10705.html>, 03.03.2021) Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi bireylerin sağlık düzeyini yükseltmek ve sürdürülebilir kılmak için sağlık hizmetleri dört’e ayrılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici hizmetler ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir (Şenol, 2006, s.16).

Sağlık hizmetleri, bireyin sağlığına zarar veren fiziksel ve zihinsel unsurların ortadan kaldırılmasına, bu unsurlardan toplumun sağlığının korunması, hastaların teşhis, tedavi ve iyileştirilmelerinin sağlanması, bedensel ve ruhsal yönden yetenekleri azalmış olan bireyleri rehabilite edici tedavi yöntemleriyle başkalarına tabi olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan hizmetlerin tümüdür (Tengilimoğlu vd., 2014, s.38). Bu bağlamda sağlık hizmeti, hastanın vuku bulan rahatsızlığından dolayı yaşamına daha sağlıklı devam edebilmek için sağlık sunucusuna başvurmasından ayrılmasına kadar geçen sürede aldığı hizmetlerin tümüdür (Beyatlı, 2017). Başka bir tanımda ise

toplumların değişen ihtiyaçları ve istekleri doğrultusunda sağlık kuruluşlarında sağlık ekipleri tarafından verilen hizmettir (Uyurdağ vd., 2022, s.431).

Özetle tanımlamalardan yola çıkarsak, sağlık hizmetleri, bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik halinin sağlanması ve bunun devamı için sunulan hizmetlerdir.

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

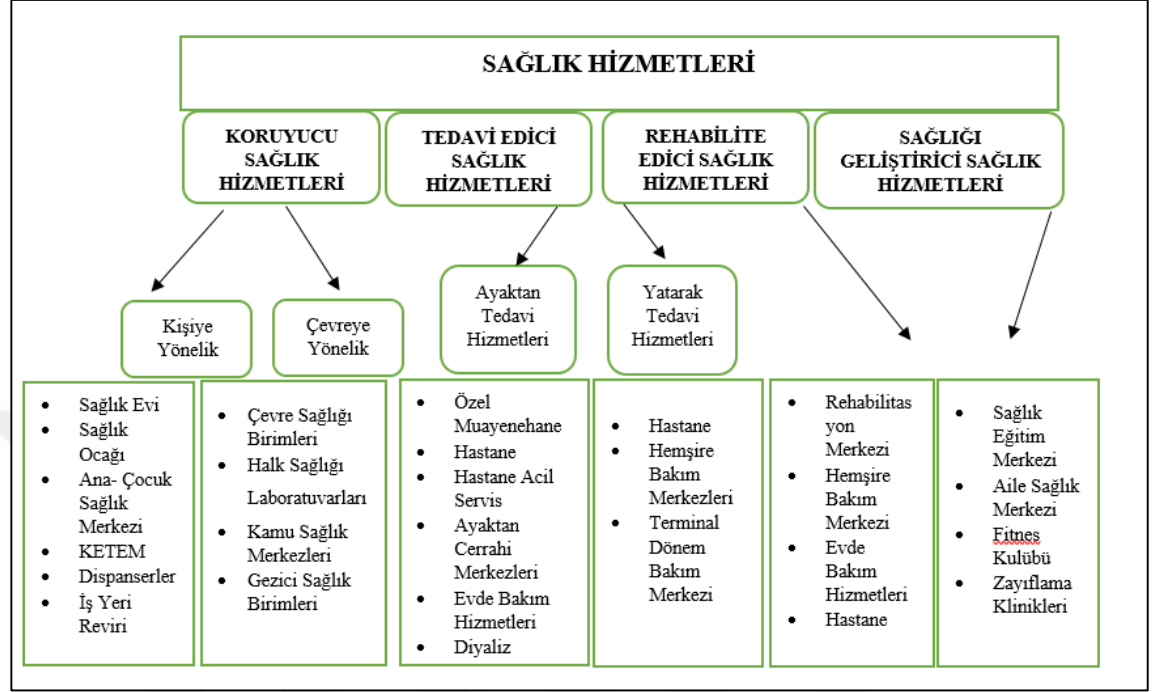
Sağlık hizmetleri, diğer hizmet kolları ile karşılaştırıldığında daha soyut olmasından dolayı farklı özelliklere sahiptir (Odabaşı, 2004, s.20-21; Sayım, 2015, s.4-9). Bu özellikleri şöyle sıralayabiliriz:

- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez ve depolanamaz.
- Dışsalılık ve kamu malı özelliği vardır.
- Sağlık hizmetlerinde tüketici davranışları etkilidir.
- Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi vardır.
- Sağlık hizmetlerinde arz ve talep belirsizliği mevcuttur.
- Sağlık hizmetlerinin erdemli mal özelliği vardır.
- Sağlık hizmetleri tüketimi tesadüfidir.

1.6. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Toplumların tarih serüvenlerine baktığımız zaman sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerinin tanımlanmasında sağlık, önemli bir ölçüt olmakla beraber bireylerin sağlığının korunması ve sunulan tüm sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi her ülke için vazgeçilmez bir gereksinimi olduğu ortaya çıkmaktadır (Temür ve Bakırcı, 2008, s.262). Teknolojik inovasyonlar, halkların refah ve eğitim düzeylerinin artması, tüketicinin bilinçlenmesi ve küresel olarak yaşanan Covid-19 pandemisi ile beraber kronik sağlık sorunlarının çoğalması ülkelerin sağlık hizmetlerine daha çok önem vermeleri gerekliliğini zorunlu kılmıştır. Bu bağlamda her ülke, ekonomik ve siyasi politikalarına

göre sağlık hizmetlerini düzenlemektedir. Ülkemizde kamu ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri, bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasına göre 4 grupta incelenmiş ve aşağıdaki Şekil 1.'de yer verilmiştir (Kavuncubaşı, 2012, s.35).



Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 35; Yeşilyurt, 2018, s.10

1.6.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmeti olarak verilen “Koruyucu Sağlık Hizmetleri” toplumun ve bireylerin gelecekte karşılaşılabilecekleri muhtemel hastalık ve sakatlık risklerinin önüne geçmek, hastalık ortaya çıkmadan önce teşhisin konulmasını ve tedavi yönteminin belirlenmesi sürecini en aza indirmeye yönelik hastalık öncesi sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerin amacı, bireyin ve toplumun güvenliğini sağlamak, tehlikelere karşı mücadele etmek, kişinin sağlığını koruyup geliştirmek olup bunlar kişiye sunulan ilk hizmetlerdir (Sağlık Bakanlığı Koruyucu Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesin Yönelik Hizmetler, 2021, <https://kilisdh.saglik.gov.tr/TR,522763/koruyucu-saglik-ve-sagligin-gelistirilmesine-yonelik-hizmetler.html>, 25.05.2022). Tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha az maliyetli olan koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından ücretsiz olarak yürütülmektedir (Ertaş, 2021, s.24).

Koruyucu sağlık hizmetleri, büyük çaplı ekipman ve teknolojilere ihtiyaç duyulmaksızın sunulur. Önleyici sağlık hizmeti konumunda olduğu için büyük sağlık kuruluşlarının yükünün önemli bir kısmını azaltmaktır ve uygulanışı kolaydır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde hizmet sunan personelin de personel niteliğinin üst düzeyde olmasına gerek yoktur böylece işgücü kaybının da önüne geçilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2014, s.82). Literatürü incelediğimizde koruyucu sağlık hizmetleri, hem kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri hem de çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki şekilde sunulmaktadır.

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan bireylerin sağlığının korunması ve sağlığını etkileyecek faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik yürütülen hizmetler olup bunların başlıcaları; erken tanı ve uygun tedavi, aşılama, ilaçla koruma (kemoprofilaksi), beslenme alışkanlığının düzeltilmesi, pasif ve aktif bağışıklama, sağlık eğitimi, ana-ocuk sağlığı ve aile planlaması ve kişiisel hijyendir (Tengilimoğlu, 2014, s.8, nder, 2018, s.5). Yürütülen kişiye yönelik sağlık hizmetleri ile amaçlanan bireylerin hastalıkların tedavi edilmesi ve bu süreçte iş gücü kaybının ortaya çıkaracağı finansal olumsuzlukları önlemektir (Davy, 2016, s.7). Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise, insan sağlığını ve ekosistemi tehdit edecek unsurların ortadan kaldırılması, bireylerin sağlıklı ve yaşanabilir bir çevrede yaşamlarını sürdürmelerine yönelik yürütülen sağlık hizmetleridir (Mil, 2022, s.14). Bu hizmetler; temiz su kaynaklarının temini, atık yönetimi, iş sağlığı ve güvenliği, endüstri ve konut sağlığı, hava kirliliğinin önlenmesi, atık ve radyolojik denetim, vektör kontrolü (haşere ile mücadele) ve besin hijyeninin sağlanmasıdır.

1.6.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

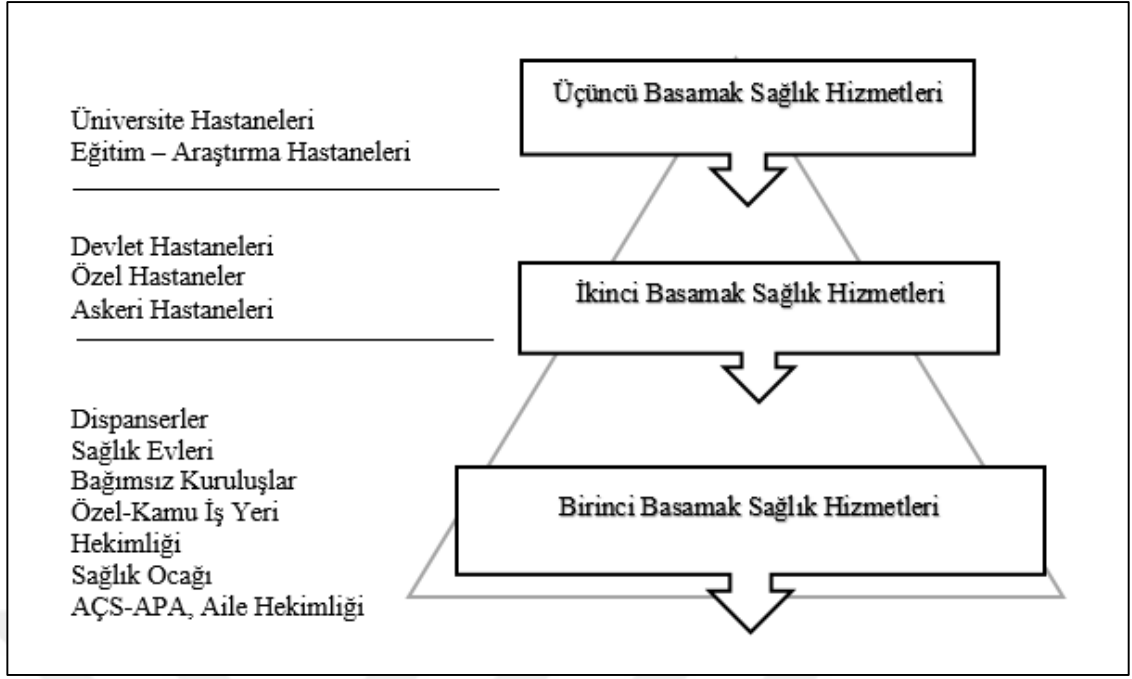
Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığı bozulan bireylerin yeniden eski sağlıklarına erişmeleri için hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sorumluluğunda bireye yönelik yapılan sağlık hizmetlerinin tümüdür (Sargutan, 2005, s.68; Kavuncubaşı ve Kısa ve 2002, s.31). Sağlık hizmetlerinin büyük bir payını oluşturan tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinden ayıran en önemli özelliği her bireye şahsi olarak sunulmasıdır. Ülkemizde yürütülen tedavi edici sağlık hizmetleri; kamu, özel, niversite ve şehir hastaneleri, özel klinik ve muayenehaneler, poliklinikler ve aile hekimliği gibi birçok sunucu tarafından yürütülmektedir. Bireylerin sağlığını korumak ve herkesin kolaylıkla ulaşabileceği bir sistemi yürütmekle yükümlü olan devlet, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yayınladığı yönergeye (md.4., 2005) göre tedavi

edici sağlık hizmetleri 3 basamağa ayrılmıştır (<https://www.saglikplatformu.com/saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerge/>, 25.05.2022).

Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastaların günübirlik ayaktan teşhis ve tedavilerinin yapılmasıdır. Ülkemizde ise; aile hekimliği, özel muayenehaneler, hastane, hastane acil servisi, ayaktan cerrahi merkezleri, evde bakım hizmetleri ve diyaliz merkezleri bu gruba girer. 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile beraber birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeni bir uygulama şekli olan aile hekimliği yürürlüğe girmiştir (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003-2011, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11662/saglik-bakanligi-turkiye-saglikta-donusum-programi-degerlendirme-raporu-2003-2011.html>, 25,05.2022).

 kinci basamak tedavi hizmetleri ise, birinci basamakta tedavi edilmeyen veya tedavisi yeterli olmayan, hastaya yatarak uygulanacak olan teşhis ve tedavi hizmetleridir.  kinci basamak tedavi hizmetleri, üst düzey teknoloji ve ileri tıp bilgisi gerektirmeyen hizmetlerdir (Tengilimoğlu vd., 2014, s.83).    nc  basamak tedavi hizmetlerini, ileri tetkik, üst düzey teknoloji ve özel tedavi gerektiren sağlık hizmetleri olarak tanımlayabiliriz. şehir hastaneleri,  niversite hastaneleri, eğitim–araştırma hastaneleri, onkoloji hastaneleri tarafından sunulan sağlık hizmetleridir.

şekil 2’de görüldüğü gibi, Türkiye’de sağlık hizmeti sunan birimleri kurumsal açıdan şöyle sınıflandırabiliriz: Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık evleri ve ocakları, dispanserler, özel-kamu iş yeri hekimliği, A S-AP (Ana  ocuk Sağlığı) merkezleri, bağımsız kuruluşlardır.  kinci basamak sağlık hizmetleri; devlet hastaneleri, özel hastaneler ve askeri hastaneleridir. Fakat askeri hastaneler, 24.11.2016 tarihinde resm  gazetede yayınlanmış olup Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir.    nc  basamak sağlık hizmetleri ise,  niversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde verilmektedir.



Şekil 2. Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetini Sunan Kuruluşlar

Kaynak: Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004, s.10

1.6.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık veya kaza sonucu, bedeninde oluşan sakatlık ve güçsüzlük gibi nedenlerden dolayı günlük yaşamını tek başına sürdüremeyen ve iş gücü kaybı yaşayan bireylere sunulan sağlık hizmetidir (Tengilimoğlu, 2014, s.83). Rehabilite edici sağlık hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, bireylerin hastalık veya kaza sonucunda bedeninde yaşanan kalıcı sakatlık veya bedensel bozuklukların giderilmesine ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik hizmetlerdir. Örnek verirsek, bacakta yaşanan komplikasyon sonucu protez kullanılarak rehabilite edilmesidir (Yeşilyurt, 2018, s.14) Sosyal rehabilitasyon ise, sakatlığı veya engelliliği sebebiyle günlük yaşamdan uzak kalan bireylerin, hayatını bağımsız bir şekilde sürdürebilmesi, yaşam becerisini yeniden kazanabilmesi, iş hayatına aktif olarak katılabilmesi ve sosyal hayata uyum sağlayabilmesi için yapılan çalışmaları kapsamaktadır (Tutkun, 2021, s.12-13). Tıbbi rehabilitasyon, hastalığın iyileştirilmesine yönelik yapılırken; sosyal rehabilitasyon ise, sakat veya engelli bireyin topluma yeniden kazandırılması hedeflenerek toplum refahını arttıracak programlar sunar.

1.6.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve duygusal anlamda sağlık durumunun sağlanması ve geliştirilmesi, tam iyilik hallerinin oluşması için sağlanan hizmetlerdir. Toplumsal ve politik bir süreci temsil eden sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramına ilk defa 1986 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından Ottawa Sözleşmesi’nde yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları, 2011, s.1). Bu sözleşmeye yer alan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, bireylerin sağlıkları üzerinde kontrollerini sağlamaları ve şahsi olarak sağlık sürçlerini fiziksel ve ruhsal olarak geliştirme sürecidir (Nutbeam, 1998, s.27). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan yönerge ile sağlığın geliştirilmesi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra, toplumun refahının artırılması, sosyo- ekonomik ve toplumsal koşulların iyileştirilmesi için yapılan tüm çalışmaları kapsamaktadır. Bu çalışmaların başarıya ulaşması için gerekli sağlık koşullarının oluşturulması, bireylerin eşit bir şekilde sağlık sunucularına erişim sağlaması ve sağlığa yönelik beklentilerin karşılanması için taraflar arasında arabuluculuk sağlanması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011, s.1).

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin öncelikli amacı, toplumun genel sağlık düzeyinin geliştirilmesi ve halkın sağlık bilgisinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapmak ve sağlıklı toplum sloganını yerleştirmektir. Buna en iyi örnek, Sağlık Bakanlığı tarafından “suya sabuna dokunun” sloganı ile hijyen konusu ve el yıkama alışkanlığı topluma yerleştirilmiş, obezite ile mücadelede sağlıklı beslenmenin önemi vurgulanmış, okul çağı projesi gündeme getirilerek okullarda öğrencilere sağlık bilgileri ve sağlıklı yaşam tarzının öğretilmesi hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003-2011, s.171, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11662/saglik-bakanligi-turkiye-saglikta-donusum-programi-degerlendirme-raporu-2003-2011.html>, 25.05.2022).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin diğer bir amacı, bireyin içinde bulunduğu çevre koşullarının iyileştirilmesidir. 194 ülkenin taraf olduğu DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesine göre “Tamamen dumansız iç ortamlar – Smoke Free Inside sloganı” ile kamu kurum ve kuruluşlarında tütün ve sigara kullanan bireylere, sigara içme odalarının düzenlenmesi ve iş yerini sağlıklı çalışma ortamına dönüştürecek şekilde dizayn edilmesi, medya tarafından tütün kullanımının zararları ile ilgili mesajlar verilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı Tütün ve Tütün Ürünleri ile Mücadele,

https://www.sbu.edu.tr/FileFolder/Dosyalar/eb408a43/2022_1/tutunlemucadeleilk-bc21a5a5.pdf, 25.05.2022). Bunun yanı sıra küresel olarak yaşanan Covid-19 salgını için alınan tedbirleri yaygınlaştırma adına ‘Aşı ile Covid-19’u Aşıyoruz’ ve ‘Kolları Sıvıyoruz’ kamu spotları ile toplumsal sağlığın korunması adına yayınlar yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-4282/onceklklyayynlar.html>, 25.06.2022).

1.7. Dünya’da Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Dünya’da tıp tarihinin doğuşu, insanlık tarihi kadar eskidir. Eski uygarlıklardan başlayarak günümüze kadar gelen süreç içerisinde, bireyler, yaşamları boyunca hayatta kalmak için farklı tedavi yöntemleri kullanarak sağlıklarını korumak zorunda kalmışlardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: s.127). Günümüze kadar yapılan tüm sağlık alanındaki gelişmeler ve değişimler, bireylerin sağlığının korunmasına yönelik olup, her topluluğun veya devletin yaşam tarzına, kültürüne ve inanışlarına göre farklı sağlık politikaları mevcuttur. Geçmişten günümüze de sağlık hizmetlerinin geldiği noktayı anlayabilmek için öncelikle eski medeniyetleri incelemek gerekiyor.

En eski ve ilk sağlık hizmetleri gelişmeleri Sümer, Babil, Akad, Asurlular gibi medeniyetlere ev sahipliği yapan Mezopotamya’da tedavi yöntemleri mistik ve ayinsel metotlarla yürütülmüştür. Mezopotamya’daki sağlık çalışmaları, Sümerlilerle başlamış; rahiplerin ve büyücülerin önderliğinde yapılan ve tababet olarak isimlendirilen tedaviler hekimler tarafından tapınaklarda uygulanmıştır (Budak, 2021, s.6) Sümerler’ de olduğu gibi Babil ve Asurlular’ daki sağlık çalışmaları da rahipler tarafından yönetilmiş, hastalıklar doğa ile ilişkilendirilmiştir. Bu dönemde, dâhiliye hastalıkları üzerinde durularak tespit ve tedavi yöntemleri üzerinde çalışılmıştır. (Güntöre, 2005, s.5-6).

Eski Mısır uygarlığı ise, tıp gelişimi için önemli gelişmelerin yaşandığı bugünkü tıp tarihinin temellerinin atıldığı uygarlıktır. Mumyalama tekniğini kullanarak, insan vücudunun bütünlüğünü korumaya önem göstererek yaşamın devamının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Mısır medeniyetinde, doğaüstü güçler yerini klinik teşhis ve tedaviye bırakmış, tüberküloz hastalarına da Nil Nehri kıyısında sanatoryumlar inşa edilmiştir (Aslan ve Erdem, 2017, s.10). Dünyaya gelecek çocukların cinsiyetini belirleme yöntemleri keşfedilmiş, kalp atışlarından yola çıkarak kalp hastalıklarına çözüm üretilmiş ve diş tedavilerinde dolgu tedavisine başlanmıştır. Atik Yunan ve Roma

döneminde ise, Batı tıbbının temelleri atılmış ve sağlık tanrıları oluşturulmuştur. Yunan medeniyetinde hastalar tapınaklara götürülerek bir gece orda tutulur, gördükleri rüyanın yorumlanmasıyla tanı ve tedavileri yapılırdı (Budak, 2021, s. 8). Bu da sağlık hizmetlerinin yine mistik güçlere dayanılarak tedavi edildiğini gösteriyor. Yeraltı suları ve kaplıca tedavileri uygulanarak hastalar iyileştirilmiştir. Yunan medeniyetinin ve tıp tarihinin öncüsü Hipokrat döneminde kan alımı ve ağır olmayan tedavi yöntemleri kullanılarak hastaların tedavi edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin temellerinin atıldığını göstermektedir (Aslan ve Erdem, 2017, s.10). Hipokrat tıbbı, dini ve mistik şifa geleneklerinden ayırarak hastalıklara doğaüstü güçlerin egemen olmadığını vurgulamıştır (Porter, 2005).

Her medeniyet, yaşam tarzlarına göre sağlık hizmetlerini geliştirmiştir. Savaşçı bir medeniyet olan Roma medeniyeti, cerrahi operasyonlarda kullanılacak tıbbi aletlerin keşfine yönelmiş, tedavi edici sağlık hizmeti sunmuştur. Eski Çin’de ise, uzun ve sağlıklı yaşamak bireyler için Tanrı’nın bir armağanı olarak görülmüş ve bu nedenle sağlığa ve sağlık hizmetlerine fazla önem verilmiştir. Çin inanışlarına göre, hastalık ilerlemeden önlem alınmalı ve tedavi edilmelidir (Güntöre, 2005, s.15).

İlk uygarlıklardan sonra Orta çağ döneminden Rönesans’a kadar tıp ve sağlık hizmetleri için karanlık bir dönemdi. Sağlık hizmetleri ilkel bakım yöntemleri ile manastır hastanelerinde rahipler tarafından yürütülürken, bilim alanında hiçbir ilerlemenin olmadığı dönemde tıp, din baskısı altında gerilerken İslam dünyasında, medeniyetlerde sağlık alanında büyük başarılar imza atmışlardır. Ünlü tıp bilginleri İbn-i Sina (Avicenna), İslam’ın Galen’i olarak anılan Muhammed Zekeriya Razi modern tıbbın öncüleri olmuştur. Bu dönemde sağlık hizmetlerine damga vuracak en önemli adım olarak “Darüşşifa” isimli hastaneler kurulmuş ve bunun ilk örnekleri Kahire, Şam ve Bağdat’ta yer almıştır (Atak, 2019, s.17) İlk kurumsal hastane özelliği taşıyan bu hastaneler, poliklinik bazında sağlık hizmeti vermeye başlamıştır (Budak, 2021, s. 9)

Rönesans ve sonrasında bilim adına büyük ilerlemeler kaydedilmiş, Avrupa’ da tıp ve sağlık hizmetlerinde yeni gelişmeler yaşanmış, modern hastaneciliğin önü açılmış ve hastane sayısında hızlı bir artış gözlenmiştir. Rönesans’ın etkisiyle sağlık alanında önemli adımlar atılmış, cerrahi operasyonlar (kan nakli vs. gibi) yapılmış, ağrı eşiği yüksek olan hastalarda morfin kullanımına başlanmıştır, cerrahi operasyonlarda anestezi kullanılmış ve hastalıkların teşhis, takip ve tedavi süreçlerinde röntgen kullanılmıştır.

19. yy. Sanayi Devrimi'nin başlangıcı ile bilimsel çalışmalar hızlanmış modern tıp yükselişe geçmiştir. Sanayi devrimiyle beraber köyden kente göç başlamış, ağır çalışma koşulları sağlık sorunlarını beraberinde getirmiş ve bulaşıcı hastalıkların artması hastanelere olan talebi arttırmıştır. Bu talep, çağdaş hastane konseptinin gelişmesini zorunlu kılmıştır. Bu yüzyılda sağlık hizmetleri adına diğer bir önemli gelişme ise, Florence Nightingale'in hemşirelik mesleğini ortaya çıkarmasıdır. 19. yüzyılda Osmanlı Devleti'nde yaşanan gelişmeler ise, Türkiye' de Sağlık Hizmetleri'nin Tarihsel Gelişimi başlığında verilecektir.

20. yüzyıl, teknolojik yeniliklere ve sağlık alanında gelişmelere tanıklık ettiğimiz bir yüzyıldır. Bu yüzyılda ülkeler sağlık statülerine kavuşmuş ve tedavi hizmetlerinde artış yaşanmıştır. 20. yüzyılda hastaneler sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra, sağlık personelinin mesleki uzmanlıklarını geliştirici eğitim ve faaliyetleri sürdürdüğü, akademik araştırmalar yaptığı alanlara dönüşmüştür. Buna ilk örnek ise, 'Hopkins Hastanesi'dir.

Avrupa' da sağlık sistemleri, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra örgütlenmeye başladı. Sağlık hizmetleri bir kısım ülkelerde kamu tarafından yürütülürken, diğer ülkelerde ise özel sektör tarafından yürütülüyordu (Micheli vd.,2003, s.43). Erken teşhis ve tedavi yöntemleri üzerine yoğunlaşmış, kanser araştırma merkezleri ve uzmanlaşmış hastaneler kurulmuştur. 1951' de Avrupa' da ilk aile hekimliği uygulaması Çekoslovakya'da başlamıştır. 1980' lere gelindiğinde ise, Avrupa' nın talebe yetişememesi ve maliyetlerden dolayı kamu sektörünün rolü azalırken özel sektörün rolü artmaya başlamıştır. Avrupa'da sağlık sigortası, zorunlu hale gelerek sağlık hizmetlerine evrensel erişim sağlanmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 20. yüzyıl başında yaşadığı ekonomik bunalım sebebiyle yoksullaşan halk, sağlık hizmetleri ödemelerini karşılayamamış ve tedavi hizmetlerinden yoksun kalmıştır. Bu soruna çözüm bulmak için devlet, hekim-hastane iş birliğine gitmiş ve özel sigortanın yaygın olduğu ABD' de yaşlıların ve düşük gelirliilerin sağlık hizmetlerinden yoksun kalmaması için kuruluşlar kurulmuştur. 21. yüzyıl dünyasında sağlık hizmetlerine karşı artan talep, sağlıkta bilişim ve dijital dönüşümün yaşanması ve sosyal değişimler sağlık hizmetlerinin önemini daha da arttırmıştır. Değişen anlayış ve bakış açısıyla birlikte yaşanan dönüşümle sağlık hizmetlerinin temelini artık kalite oluşturmuştur. Kalite ile odaklanılan husus, hasta beklentilerinin karşılanması ve memnuniyetini sağlamaktır. Medikal tedavi güvenliğinin artması, sağlık hizmetlerini

sunan tesislerin değişimi ve bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin yetersizliği ile sağlık hizmeti sunanların sınırları genişleten roller üstlendiği görülmektedir.

1.8. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü politikalar çerçevesinde 1920-1923, 1923-1946, 1946-1960, 1960-1980, 1980-2002 ve sağlık alanında dönemsel olarak açılım yapılan 2003 yılı sonrası olarak altı bölümde incelenenecektir.

1.8.1. 1920-1923 Dönemi Sağlık Hizmetleri

I. Dünya Savaşı sonrası Osmanlı Devleti, ülkenin işgale uğraması ile Mill Mücadele’yi başlatmıştır. Ağır geçen savaş koşulları, salgın hastalıklar, açlık, işgaller ile mücadele ederken sağlık alanındaki hizmetlerden de ödün verilmemiştir. Bugüne kadar bir sağlık mevzuatı bulunmaması ve örgüt kültürü olmamasından dolayı köklü bir yapılanmaya ihtiyaç vardı. Cumhuriyetin ilanına kadar geçen sürede Ankara’da kurulan hükümet, sağlık alanındaki ilk politikalarını hemen gerçekleştirmek için gerekli adımları atmıştır. İlk defa 23 Nisan 1920’ de toplanan Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) 2 Mayıs 1920 tarihi ve 3 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığı’nı (SB) kurmuştur. Böylece sağlık hizmetleri, ilk defa kamu eliyle yürütülmeye başlanmış ve devletin asli görevleri arasına girmiştir. Sağlık hizmetlerinden ve politikalarından sorumlu tek kurum olan Sağlık Bakanlığı’na ilk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar (1920-1921) görevlendirilmiştir (Tengilimoğlu, 2014, s.129). Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk Sağlık Bakanı Adıvar, sağlık hizmetlerindeki öncelikli konuları belirlemiş, eldeki kaynaklarla en verimli hizmetleri sunmayı hedeflemiş, ilk sağlık yasalarını yürürlüğü geçirerek günümüze miras kalan sağlık alt yapısını oluşturmuştur. lke genelinde koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek için sağlık müdürlükleri kurulmuş ve belediyeler ve özel idareler tarafından tedavi hizmetlerinin yürütülmesi planlanmıştır (Akdur, 1999, s.50)

1.8.2. 1923-1946 Dönemi Sağlık Hizmetleri

23 Nisan 1923 Cumhuriyetin ilanından sonra ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydamdır. Saydam, görevi süresi boyunca sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve gelişmesi yönünde büyük adımlar atmıştır. Saydam’ın döneminde yürütülen sağlık politikaları çerçevesinde yer alan idari ve hukuki çerçevede sağlık hizmetlerinin planlanması- uygulanması-denetlenmesi ile yönetimin tek bir merkezden yürütülmesi

gerekliliği ilkesi yer almıştır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, 2008, s.14.) Bunun yanı sıra Dr. Adnan Adıvar dönemindeki uygulamaya devam edilmiş olup, koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem verilmiş, tedavi edici sağlık hizmetleri ön planda tutulmuş ve hükümetin asli görevi olarak kabul edilmemiş ve bu hizmetleri yapma görevi, yerel yönetimlere devredilerek her ilçede hükümet tabibinin bulunması hedeflenmiştir. Bu bağlamda, 1924'te Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ankara, Erzurum, Diyarbakır, Sivas'ta, 1936 yılında İstanbul'da (Haydarpaşa Numune Hastanesi) numune hastaneleri kurulmuştur.

1925 yılından itibaren peyderpey doğum ve çocuk evleri açılmıştır. Bunlar Ankara başta olmak üzere Konya, Balıkesir, Adana, Çorum, Malatya, Erzurum ve Kars illerinden oluşmaktadır (Tengilimoğlu, 2014, s.131). Yapılan bu çalışmalar aslında sağlık hizmetlerinin kurumsallaşma adına yürütüldüğünün kanıtıdır. Yürütülen politikalarda diğer önemli olan konu ise, sağlık hizmetlerinin sunum ayağı olan personel teminidir. Bu politika çerçevesinde nitelikli hekim, ebe ve sağlık memurunun sayısının artırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla tıp fakültelerinin sayısı artırılmış, yatılı talebe yurtları açılmış ve tıp fakültesinden mezun olan öğrencilere zorunlu hizmet uygulaması şartı konulmuştur. Politikaların son ayağı ise bulaşıcı hastalıklarla mücadeledir. Anadolu'ya yayılan trahom, frengi, cüzzam, verem gibi hastalıklarla mücadele için ülkenin belli bölgelerinde verem sanatoryumları, verem dispanserleri açılmıştır.

1.8.3. 1946-1960 Dönemi Sağlık Hizmetleri

İkinci Dünya Savaşı sonrası sağlık hizmetlerine yön veren kişi Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz olmuştur. Uz önderliğinde, her bölgedeki 40 köy için on yataklı sağlık merkezi kurarak sağlık personeli temin edilmesi ile günümüzde 'Sağlık Ocakları' veya 'Sağlık Evleri'nin kurulumu hedeflenerek koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin köylere kadar götürülmesi hedeflenmiştir.

1953 yılında özel idare hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak tüm hastane hizmetleri hükümetin görev ve sorumluluğu altına alınmasıyla ülke genelinde il ve ilçelerde hastanelerin sayısı artmış, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yurt geneline yayılması kolaylaşmıştır (Akdur, 1980, s.40). Bu gelişme, bakanlık tarafından hastane hizmetlerinin daha fazla ön plana geçtiğinin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin öncülüğünü kaybettiğinin özetidir.

İkinci Dünya Savaşı'nın akabinde artan salgın hastalıkları ile mücadele için yasa çıkarılmış ve bu hastalıklarla mücadele için dikey örgütlenmeler oluşturulmuştur (Tengilimoğlu, 2014, s.133). Bu dönemde enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümler ile çocuk ölümlerinin artması, popülasyonu arttıracak politikaların uygulanmasını zorunlu kılmıştır. Bu doğrultuda sağlık merkezleri, doğumevleri, enfeksiyon hastalıkları ile mücadele için sağlık tesislerinin sayısı arttırılmış ve sağlık personeli istihdamı için çalışmalar yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı Tarihçesi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>: Erişim Tarihi: 21.03.2022).

1.8.4. 1960-1980 Dönemi Sağlık Hizmetleri

1960'lı yıllarda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik planlı adımlar atılmaya ve reformlar yapılmaya başlanmıştır. Sağlık alanında yapılan tüm reformların amacı; sağlık hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırmak, sağlık hizmeti alanlar arasındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak, sürdürülebilir verimli kaynak kullanımı sağlamak ve toplumun sağlık algı düzeyini arttırmaktır.

1960-1980 yılları arasında kademe kademe kalkınma planları yapılarak dikkat çeken gelişmelerin ilki olan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerinde Türkiye'nin sağlık düzeyini arttırmak, sağlık hizmetlerine öncelik vermek, halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi, aile planlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması hedefleniyordu. Bu hedeflere ulaşmak için koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi edici sağlık hizmetleri bir öge olarak tutularak, tedavi hizmetlerinde pahalı ve etkisi az olan hastanecilik yerine evde ve ayaktan tedaviyi mümkün kılan bir sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür (Türkiye Cumhuriyeti Strateji Bütçe Başkanlığı Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963, s.39, https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/12/Birinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1963-1967.pdf).

1961 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” kabul edilerek sürekli, yaygın, kademeli veya entegre yapı anlayışıyla, sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, il ve ilçe hastaneleri olarak yapılanmaya gidilmiştir. Günümüzde de geçerli olan bu uygulama ile sosyalleştirilme, devletin toplumun her bireyine sağlık hizmetlerini eşit bir şekilde sunması ve tedavi imkânlarını sağlaması gerçekleştirilmektedir (Fedai, 2019, s.2016). Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetleri sosyalleştirilerek kentlerden köylere, devletin en ücra köşesine kadar toplumun her vatandaşının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi temin edilmiştir.

1970’de Dünya’da ve Türkiye’de yapısal dönüşümün başlaması, neoliberal politikaların hareketlenmesi sosyal devlet anlayışından uzaklaşmaya neden olmuştur. Devlet artık yeni politikalar icra etmeyip, var olan politikaları düzenleyip, denetlemeye başlamıştır. Bu dönemde istenilen sağlık hizmetleri iyileştirme ivmesi yakalanamamıştır. 1970’lerden sonra devletçilik anlayışı yıkılmış, özellikle 1973 ve 1979’ da yaşanan petrol krizlerinin yaşattığı ekonomik olumsuzluklar ve belirsizlikler sosyal (refah) devlet anlayışının küçülmesine, liberal politikalarla özelleştirmenin etkili olması ile sağlık hizmetlerinin bir pazarlama aracı olarak sunulmasının önünü açmıştır.

1.8.5. 1980-2002 Dönemi Sağlık Hizmetleri

12 Eylül 1980 darbesi sonucu oluşturulan 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde de bahsettiği gibi her bireyin, sıhhatli bir çevrede yaşama istihkakına sahip olduğu ve bu hakkın da planlanmasının ve denetlenmesinin tek elden sorumlusu devlettir. (Akdağ, 2008, s.20). Devlet bu vazifesini yerine getirirken hem kamu hem de özel sektördeki sağlık kurumlarından yararlanacaktır.

Bu dönemde yapılan yeni düzenlemelerden biri olan sağlık hizmetlerinin, genel amaç ve yöntemlerinin belirlenmesi için kanun çıkarılmış ve sağlık reformlarının geliştirilmesi adına sağlık kongreleri düzenlenmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla ekonomik gücü yetersiz olan ve sağlık sigortası olmayan bireylerin, sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmak için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Uygulamanın temeli, ekonomik gücü yoksun olan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması idi. Günümüzde devam eden bu uygulama ile sağlık kurumlarından ücretsiz muayene ve tedavi olmalarının yanı sıra ücretsiz ilaç alımı uygulaması da yeşil kart sahiplerine sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, 2003-2011, s.50).

1.8.6. 2003 Yılı ve Sonrası Dönemi Sağlık Hizmetleri

Dünya’ da yaşanan gelişmelere paralel olarak, Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları yeni bir paradigma kazanmaya başlamıştır. Kazakistan’ın Alma- Ata kentinde 1978 yılında gerçekleşen “Temel Sağlık Hizmetleri” isimli uluslararası konferansta dünyadaki tüm insanların sağlığını korumak adına “Alma -Ata” bildirgesindeki “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” ve 1984 yılında kabul edilen “Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkese Sağlık Stratejisi ve Hedefleri’ ile 1986 yılındaki “Sağlığı Geliştirme

Ottawa Şartı'' sağlık politikalarına yön verecek ve yeni açılımlara sahne olacak paradigmalardan başında gelmektedir (ztek, 2018, s.2).

16 Kasım 2002 tarihinde deklare edilen 58. Hkmetin Acil Eylem Planında (AEP) yer alan ‘‘Herkes Sağlık’’ başlığı altında sağlık alanındaki hedefler belirtilmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>, Erişim Tarihi: 23.02.2022). Bu eylemle birlikte, toplumun tüm bireylerine temel sağlık hizmetlerinin sunulacağı ve herkesi kapsayan sosyal güvenlik sisteminin kurulacağı beyan edilmiştir.

Acil Eylem Planı’nın (AEP) oluşturulmasının akabinde, Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hayata geçirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sekiz ana başlık üzerinde dönüşmeyi hedeflemiştir (Akdağ, 2008, s.20; Ulutaş, 2011, s.176; Kol, 2015, s.149; Uzunçakmak, 2021, s.38).

Bunlar;

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
- Toplumun her bireyini 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 insan gücü
- Sistemi destekleyecek bilim ve eğitim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Sağlık bilgi sistemi

2007 yılında yukarıdaki sekiz ana başlığa sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sınır ötesi sağlık hizmetleri ve çok sektörlü sağlık sorumluluğu olmak üzere  birleşen daha eklenmiştir.

SDP kapsamında yapılan düzenlemeler Tablo 2’de özetlenmiştir:

Tablo 2.
Sağlıkta Dönüşüm Programı Düzenlemeleri

YIL	GERÇEKLEŞTİRİLEN DÜZENLEMELER
2003	. Performansa bağlı ücret sistemi uygulamasının pilot uygulaması hastanelerde başlaması. . SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) kuruldu.
2004	. Türkiye geneli bütün hastanelerde performansa dayalı ücret sistemi uygulamaya konuldu. . 117 sayılı "Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması" genelgesi ile Sağlık Bakanlığı'na tüm hastanelerde hastaların doktorlarını seçebilmesi sağlandı.
2005	. 5283 sayılı kanun ile Kamu Hastaneleri tek çatı altında toplanmıştır. . "Kamu Özel Ortaklığı" 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen bir madde ile altyapısı oluşturuldu. . Aile Hekimliği pilot uygulaması Düzce ilinde başlamıştır. . Hasta Hakları Yönergesi kapsamında hastanelerde 'Hasta Hakları Birimi' kuruldu.
2006	. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sigorta kapsamı genişletilmiş ve SSK, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplandı.
2007	. Zorunlu sevk zinciri kaldırılmıştır. . "Sağlık Uygulama Tebliği" yayınlanmıştır. . Sağlıkta insan gücü 2023 vizyonuna yönelik çalışmalara başlanmıştır.
2009	. E-reçete uygulamasına yönelik ilk çalışmalar yapılmıştır.
2010	. "Sağlık Turizmi Birimi" kuruldu. . Evde Sağlık Hizmetleri sunumuna başlandı. . "Tam Gün Yasası" ile ilgili Kanun yayımlandı. . Tüm illerde "Aile Hekimliği" uygulamasına geçildi.
2011	. Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra teşkilatlanması yapılandırıldı. . Sağlık Turizm Birimi, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı olarak yapılandırıldı. . Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) hayata geçirildi.
2012	. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kuruldu. . E-reçete uygulamasının pilot çalışması başladı. . MHRS İstanbul ili dâhil tüm Türkiye'de hizmet vermeye başladı. . İllerde "Kamu Hastane Birlikleri" oluşturuldu. . Fiilen E-reçete uygulaması başladı.
2013	. Tüm illerde E-Reçete uygulaması başladı.
2015	. "SATURK" Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu oluşturuldu. . E-Nabız uygulaması kullanımı başladı.
2017	. İlk Şehir Hastanesi Yozgat'ta hizmete açıldı
2018	. Elâzığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Eskişehir Şehir Hastanesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Manisa Şehir Hastanesi açıldı.
2019	. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamesi (03 Ağustos 2018 tarihli ve 30498 sayılı Resmi Gazete) ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. (USHAŞ) kuruldu. . Ankara Şehir Hastanesi açıldı.
2020	. Koronavirüs (Covid-19) ile mücadele kapsamında sağlık çalışanlarına yönelik düzenlemeler yapıldı. . Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi açıldı. . Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi açıldı. . Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nin ilk etabı açıldı. . Konya Şehir Hastanesi açıldı. . Tekirdağ İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi açıldı.
2022	. Ankara Şehir Hastanesi açıldı. Bu yıl açılması planlanan Kütahya Şehir Hastanesi, Kocaeli Şehir Hastanesi, Gaziantep Şehir Hastanesi, ve İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi'dir.
2023	. Etlik Şehir Hastanesi açıldı.

Kaynak: Altındağ ve Yıldız, 2020, s.174-175; Güneş, 2022, s.117, Sağlık Bakanlığı verilerinden yararlanılarak tarafımca düzenlenmiştir.

SDP, iki aşama olarak hazırlanmış olup uygulamaya geçirilmiştir. Birinci aşama olan 2003-2009 yılları, sosyalizasyon başta olmak üzere bu proje kapsamında hedeflenen uygulamalardan oluşurken; ikinci aşama ise, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın üzerine temellenmiş olup 2009-2014 yılları arasını kapsayacak olan “Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi” başlığı altında hedeflenen uygulamalardan oluşturulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan dönüşüm sürecini, 3 ana başlıkta değerlendirmek mümkündür. Bunlar sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sağlık hizmetlerinin finansmanıdır. Her bir başlık alanında önemli adımları beraberinde getirmiştir.

SDP'nin ilk ayağını ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin dönüşümünü oluşturan ilk ana başlık olan Aile Hekimliği uygulaması, 2004 yılında yayımlanan kanun ile kabul edilmiş, 2005 yılında yayınlanan yönetmelik ile yapılan düzenlemelerle beraber ilk defa aile hekimliği pilot uygulaması Düzce ilinden başlayarak 2010 yılında ise tüm Türkiye'ye yayılmıştır (Altındağ ve Yıldız, 2020, s.177). Bu uygulama kapsamında sağlık ocakları kapatılırken, bireye ve topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimlerince verilmeye başlanmıştır.

Sağlıkta finansman alanındaki değişiklikler kapsamına giren ikinci ana başlık, sosyal güvenlik sistemini düzenlemeyi zorunlu kılan bir reform olmuştur. SDP, hakkaniyet ilkesi doğrultusunda vatandaşların finansal gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini gereksinimleri doğrultusunda bir sosyal sigorta modeli geliştirmiştir (Akdağ, 2008, s.37). Bu doğrultuda, 2006 yılında çıkarılan “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tek bir çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası (GSS) hayata geçirmiştir (Kökçü, 2014, s.104).

SDP'nin üçüncü temel ayağında, sağlık hizmetlerinin yönetim ve örgütlenme dönüşümünü oluşturan Kamu Hastane Birlikleri (KHB) reformu yer almaktadır. Bu reformla hedeflenen, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet veren ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında ‘otonom’ olarak yeniden örgütlenmesini sağlamaktır (Çavmak ve Çavmak, 2017, s.54).

SDP kapsamında sağlık hizmetlerinde yapılan diğer yenilikler; ilaç fiyatlarında KDV oranının düşürülmesi, sağlık çalışanlarına ek ödeme sisteminin getirilmesi, evde

sağlık hizmetlerinin uygulamasının başlatılması, e-sağlık bilgi sisteminin hayata geçirilmesi ve ‘Şehir Hastaneleri’ inşaatlarına başlanmasıdır.

1.9. Sağlık Hizmet Sunucuları Tanımı

Sağlık hizmet sunucusu; koruyucu, rehabilitasyon veya doğrudan tedavi amacına yönelik teşhis ve tedavi hizmeti sunan kuruluşları oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sunucusu, bir hastaneyi, bakım tesislerini, evde sağlık kuruluşunu veya diğer uzun süreli bakım merkezlerini, sağlık bakım kliniklerini, bir konu üzerinde uzmanlaşmış sağlık kuruluşlarını (ruh sağlığı merkezi veya kanser hastanelerini) içerir. Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre, sağlık hizmet sunucuları, birincil faaliyet olarak sağlık hizmet mallarını ve hizmetlerini alıcılara sunan kuruluşları ve aktörleri kapsar (WHO, 2017, s.122). Günümüz gereği sağlık hizmet sunucularına olan talebin büyümesi, hızlı nüfus artışı ve bireylerin sağlık bilgi düzeylerinin çoğalması gibi nedenlerden dolayı sundukları sağlık hizmeti çeşitliliğinde farklılaşmaya gidilerek sayılarının artmasını sağlamıştır (Yetim ve Çelik, 2020, s.435).

1.10. Sağlık Hizmet Sunucularının Sınıflandırılması

Ülkemizde sağlık hizmetleri, siyasi ve sosyo-ekonomik değişim ve gelişmelere bağlı olmakla birlikte sosyal devlet anlayışı üzerine kamusal bir faaliyet olarak devlet tarafından yürütülmektedir. Fakat kamusal alanda artan sağlık giderlerinin yükü, kaynakların kıt olması, hizmet kalitesi talebinin artması nedeniyle müşterilerin değişen beklentilerine cevap verebilmek için kâr amacı güden sağlık hizmet sunucularının önü açılmış ve faaliyet vermeye başlamışlardır (Godiwalla ve ark., 1997, s.202–207).

Sağlık hizmetleri sunumunda yaygın olarak bilinen kamu ve özel sağlık kurumlarının yanı sıra, 2003’te hayata geçirilen SDP’nin en büyük reformu olan Kamu-Özel İş birliği (Yap-Kirala-Devret) modeli olan şehir hastaneleri sağlık hizmet sunucularına eklenerek üç farklı sunucuyla vatandaşlarımıza sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır. Sağlık hizmeti sunan farklı sunucular bulunmasına rağmen tezin kapsam sınırlılığı dolayısıyla kamu, özel ve şehir hastaneleri diye sınıflandırılıp, her sunucunun tanımı, kapsamı, özellikleri ve finansmanı aşağıda açıklanacaktır.

1.10.1. Kamu Hastanelerinin Tanımı

Sağlık piyasası, geniş kitlelere hitap ettiği ve çıkan birtakım aksaklıkların geniş kitlelerde uyandıracağı tahribattan dolayı sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yürütülmesini gerekli kılmaktadır. Gelir dağılımında oluşan dengesizliklerden dolayı sağlık hizmetlerine ulaşamama, dışsalılıkların uzun vadedeki olumsuz etkisi, sağlık piyasasında oluşan arz-talep dengesizliği, sağlık hizmeti sunucularla sağlık hizmeti talep edenler arasında asimetrik bilginin oluşu, salgın hastalıklar ile mücadelede, etkin aşılama yöntemi, anne-çocuk sağlığının korunması, çevre kirliliğinin yaratacağı olumsuz etkiye müdahale ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu devlet müdahalesi gerektirmektedir (Getzen, 1997, s.341; Stiglitz, 2000, s.309- 310; Altay, 2007, s.35; Gümüş vd, 2010, s.180).

Sağlık hakkının 1982 Anayasası'nın Sağlık Hizmetleri ve Çevreyi Koruma başlıklı 56. Maddesi'ne hukuki olarak dayandırıldığından dolayı; kamu ekonomisinin yarattığı kamu kaynakları ile toplumun sağlığını ilgilendiren ve topluma fayda sağlayan tüm sağlık hizmetlerini kamu eliyle yani kamu hastaneleri ile sunmak zorundadır. Sosyal devlet anlayışı gereği, ülkemizde de yürütülen sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü kamu hastaneleri tarafından sunulmaktadır.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre kamu hastanesinin tanımı şu şekildedir; “Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır” (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-55365/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeli.html>, 28.03.2022).

Tanımdan da anlaşılacağı üzere kamu hastaneleri, kâr amacı gütmeyen poliklinik, acil, klinik ve laboratuvar hizmetlerinin sunulduğu, kamusal yönün ağırlık bastığı sağlık sunucusudur. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en yaygın olan hastane türü olmakla beraber, sosyal devlet anlayışının ürünü olarak kabul edilmektedir.

1.10.1.1. Kamu Hastanelerinin Kapsamı

En büyük kamu hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığı, birinci, ikinci ve üçüncü basamak ayaktan ve yataklı tedavi kurumları ile vatandaşlara kapsamlı bir sağlık hizmeti

sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın dışında üniversite ve özel sağlık sunucuları da iyi bir kapasiteyle sağlık hizmeti sunar.

Tablo 3'te yer alan Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2020 İstatistik Yıllığı'nda 2002-2020 yılları arasında sağlık Bakanlığı'na ait kamu hastanelerinde yatan hasta sayısı, üniversite ve özel hastane sunucularına göre daha fazladır. Bu tablo bize, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu hastanelerinin daha fazla tercih edildiğini de göstermektedir.

Tablo 3.
Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı

	2002	2016	2017	2018	2019	2020
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	7.561.989	7.606.159	7.675.972	7.742.707	5.517.337
Üniversite	781.990	1.842.001	1.982.410	1.955.983	2.072.720	1.546.362
Özel	556.494	4.048.696	4.120.734	4.019.422	3.990.922	3.556.818
TOPLAM	5.508.263	13.452.686	13.709.303	13.651.377	13.806.349	10.620.517

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistik Yıllığı: 2020

1.10.1.2. Kamu Hastanelerinin Özellikleri

Devlet tekeline olan kamu hastanelerinin yaygınlığı göz önünde bulundurulursa, tüketici tarafından tercih edilebilir özelliği ona birtakım özellikler atfetmiştir. Bu özellikleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Kamu hastaneleri kâr amacı ile kurulmamıştır. Sosyal devlet anlayışı gereği, vatandaşların sağlığını koruma hukuksal niteliğinden dolayı nüfusa orantılı olarak kurulup, toplumun her bireyine hizmet vermektedir.
- Kamu hastaneleri muayene ve poliklinik randevuları MHRS, ALO 182 ve E-Nabız üzerinden işlemektedir.
- Günde 24 saat hizmet vermektedir.
- Karmaşık yapıda, açık dinamik sistemlerdir.
- Kamu hastanelerinde modern yönetim felsefesi hâkimdir.

- Kamu hastanelerinin kuruluşları, örgütlenişleri, işleyiş ve kapanmaları kamu hukukuna tabidir.
- Kamu hastaneleri grubu içinde yer alan eğitim araştırma hastanelerinde, akademisyen farkı ve bilimsel çalışma giderinden dolayı muayeneler ücretlidir.
- Kamu hastaneleri içerisinde yer alan eğitim araştırma hastanelerinde döner sermaye geçerlidir.

1.10.1.3. Kamu Hastanelerinin Hizmet Sunan ve Alan Açısından Finansmanı

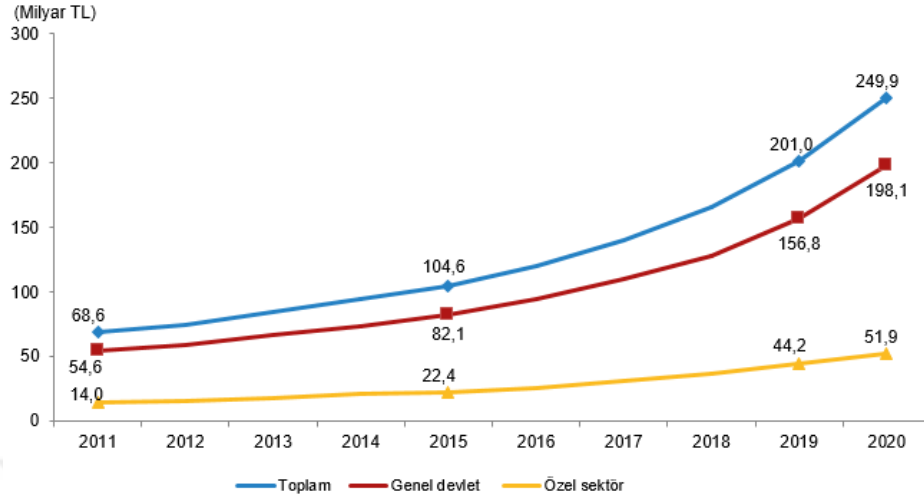
Kamu sağlık giderlerinin artarak devam etmesi, hizmet alıcı ve hizmet sunucusu bakımından finansmanın nasıl sağlandığı noktasında önem arz etmektedir. Kamu hastanelerinin birincil finansman kaynağı, hastalara sunulan tedavi hizmetlerinin karşılığında hastaların bağlı bulunduğu Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan yapılan tedavi giderleri ödemelerinden oluşmaktadır. İkincil finansman kaynağı, devlet tarafından ödenen Genel Bütçe ödenekleri veya toplum finansmanı olarak adlandırılan hibe ve bağış gibi gelir kalemleri oluşturmaktadır.

Hastanelerin mülkiyet yapıları, finansman kaynaklarının temel belirleyicisidir (Pala, 2014, s.414). Sağlık alanında gerçekleştirilen neoliberal politikalar öncesinde kamu hastanelerinin finansmanı genel bütçeden karşılanırken, neoliberal politikalar sonucu finansman kaynakları arasına, SGK ödemeleri kapsamında hizmet başı ödeme, gün başı ödeme, vaka başına ödeme, kişi başı ödeme eklenmiştir (Wagstaff, 2009, s.2; Pala, 2014, 414 -415; Ertekin, 2018, s.29). Eğitim Araştırma Hastaneleri'ne ödeme yöntemi döner sermayedir.

Hizmet alan açısından incelersek, kamu hastanelerinden sağlık hizmeti alan her birey, aldığı her hizmetin finansal bedelini sağlaması gerekir. Bu finansal bedeli karşılamadığı zaman, sağlık hizmetlerinden mahrum kalabilir. Sağlık Sigortası, Cepten Ödeme ve Muayene Katılım Payının ödenmesi hizmet alan hasta için finansman konusunun içerisinde yer almaktadır.

Şekil 3'te yer alan TÜİK 2020 yılı sağlık harcama verilerine göre bakıldığında, genel devlet sağlık harcaması 2011 yılından 2020 yılına kadar %36,3 artarak 198 milyar

62 milyon TL'ye ulaşmıştır. Bu rakamlardan görüldüğü üzere, kamu sağlık giderlerinin yıllar bazında artarak devam ettiği izlenmektedir.



Şekil 3. Yıllık Sağlık Harcaması

Kaynak: TÜİK (2020)

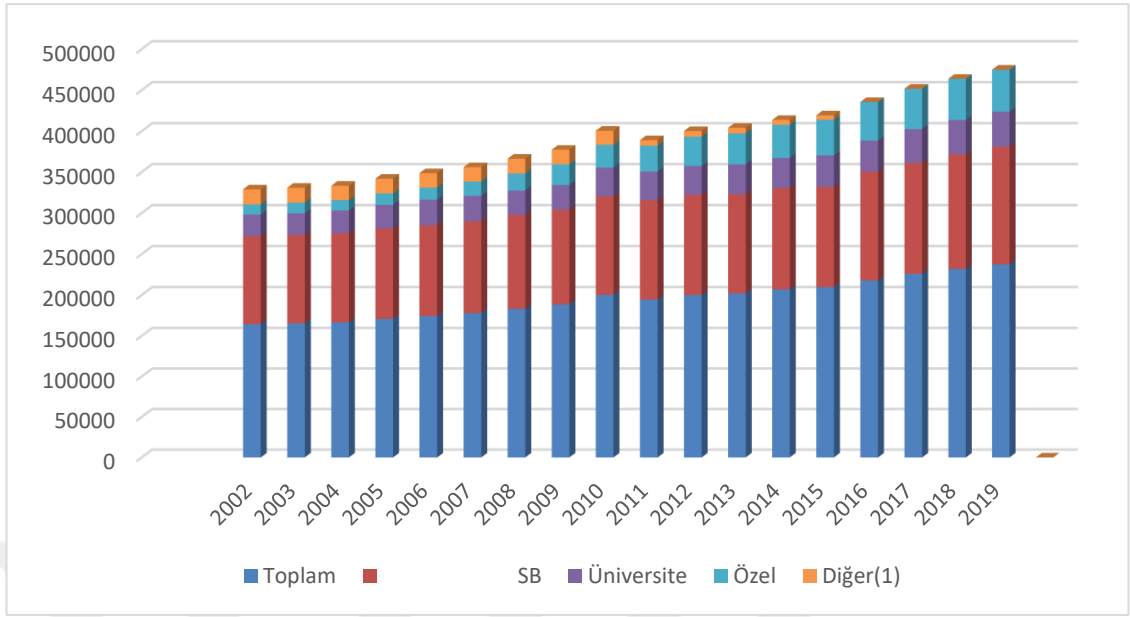
1.10.2. Özel Hastanelerin Tanımı

Özel hastane kavramı ile ilgili tanımlar, çeşitli düzenlemelere konu olmuş ve ilk yasal düzenleme ve tanımlama 1933 yılında yayınlanan Hususi Hastaneler Kanun'una göre kamuya ait hastanelerden farklı olarak ayaktan ve yatarak tedavi hizmeti sunan sağlık yurtları olarak tanımlamıştır. (Sağlık Bakanlığı Hususi Hastaneler Kanunu, 1933: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2219&MevzuatTur=1&MevzuatTer tip=3>, 13.04.2022).

Farklı bir tanımdan bahsederek özel hastaneler, müteşebbislerin kâr amacı ile kurdukları ve işlettikleri hastanelerdir (Kurtulmuş, 1998, 245; Tengilimoğlu vd., 2014, s.227). Serbest piyasa koşullarına göre faaliyet gösteren özel hastanelerin temel amacı, sağlık hizmeti sunarak finansal olarak kar elde etmenin yanında sosyal hedef olarak hastanın sağlığına kavuşturulmasını sağlamaktır (Yener ve Öksüz, 2017, s.225).

1.10.2.1. Özel Hastanelerin Kapsamı

Kamu, üniversiteler ve diğer kamu tüzel kişilerine ait hastaneler hariç olmak üzere; gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerine ait hastaneleri kapsar. Özel hastaneler faaliyet alanlarına, hizmet ünitelerine, yatak kapasitelerine, teknolojik teçhizatlarına, tıbbi uzmanlık dallarına niteliklerine ve adedine göre sınıflandırılır (Sezgin, 2015, s.11).



Şekil 4. 2002-2019 Arası Özel Hastane Yatak Sayısı

Kaynak: TÜİK (2020)

Yukarıda Şekil 4’ te görüldüğü üzere özel hastanelerin yatak sayısı, yıllar bazında artarak devam etmiştir. 2019 yılı itibari ile söz konusu artan bu talepte, en önemli etken SGK anlaşmasıdır. SGK anlaşması çerçevesinde, özel hastanelere erişim kolaylaşmış, SGK’lı olan tüm vatandaşlar SGK ile anlaşmalı özel hastanelerden sağlık hizmeti almaya başlamışlardır (Sezgin, 2015, s.12).

Tablo 4.
Türkiye’de Özel Hastane İşletmelerinin Mevcut Durumu

Hastane Sayısı	571
Hastane Yatağı Sayısı	53.805
Nitelikli Yatak Sayısı	35.119
Hastanede Hekime Müracaat Sayısı	69.311.238
Hastanede Hizmet Veren Toplam Hekim Sayısı	345.543
Yoğun Bakım Yatak Sayısı	17.494

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı Haber Bülteni, 2021

Tablo 4’te yer alan Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 Haber Bülteni verilerine göre özel hastane sayısı 571 olarak kayda geçmiştir (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı Haber Bülteni, 2021, s.3). Yine Sağlık Bakanlığı verisine göre, özel sektörün aktif olarak kullanılan hastane yatağı

sayıları 2021 yılında 53.805'e ulaştı (Sağlık Bakanlığı, 2021, s.3). 2021 yılı nitelikli yatak sayısı 35.119 ve özel hastanelerde hizmet veren hekim sayısı ise 345.543'tür (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı, 2020, s.119).

1.10.2.2. Özel Hastanelerin Özellikleri

Özel hastanelerin özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Özel hastane kâr amaçlı kuruluşlar arasında yer almaktadır.
- 'Mega Özel Hastaneler' kompleksi şeklinde olan tam teşekküllü olan özel hastanelerde bilimsel çalışmalar yapılmaktadır. (Örn. Medipol Mega Hastaneler Kompleksi)
- Özel hastanelerde özel sağlık sigortası geçmektedir.
- Özel hastaneler hasta memnuniyeti ve hasta sadakati üzerine temellenmiştir.
- 7/24 sürekli bir veya birden fazla uzmanlık alanında hastalara ayaktan veya yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti verir.
- Özel hastanelerin ekonomiye katkısı büyüktür.
- Özel hastane işletimi maliyetlidir.
- Yapılan işlerde hata ve belirsizliklere tolerans tanınmaz.
- Özel hastaneler yatak kapasitelerine göre kendi arasında A, B ve C olarak sınıflandırılmaktadır.
- Özel hastanelerde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.129-134).

1.10.2.3. Özel Hastanelerin Hizmet Sunan ve Alan Açısından Finansmanı

Özel hastaneler serbest piyasa ekonomisine göre, hizmetlerini devam ettirdikleri için faaliyetlerinin devamını sağlama adına etkin bir finans politikasına sahip olmalıdırlar. Hizmet sunan açısından güçlü bir finans kaynağına sahip olmayan özel hastaneler kapanmayla karşı karşıya kalabilir. Hizmet alan açısından baktığımız zaman, özel harcamalara ait olup bireyin kendi bütçesinden, bağlı olduğu sigorta kurumundan ve

özel sağlık sigorta programlarınca karşılanmaktadır. Bu durum hizmet alıcısı için bir ek gider olarak yansımaktadır.

Hizmet sunan açısından özel hastanelerin, finansman kaynakları öncelikli olarak kendi öz kaynaklarından ya da yabancı kaynaklardan sağlanır. Bunun yanı sıra kaynaklar arasında; kamu kurumları (SGK), sağlık sigorta kuruluşları ve bireylerin cepten ödemeleri bulunmaktadır. Daha açıklayıcı belirtirsek, özel hastanelerde sağlık hizmeti talep edenler yani hizmet alan açısından hizmetin oluşturacağı maliyetleri kendi cebinden ödeyebileceği gibi, özel sağlık sigorta kuruluşları aracılığıyla da karşılayabilir. Genel sağlık sigortası kapsamında bireyler özel hastanelerde sağlık hizmeti almak için 5510 sayılı Kanunun 68. maddesi gereği muayene katılım payı ödemek zorundadır. Bu katkı payı, emekli aylığı alan bireylerin maaşlarından, çalışanlar ve diğer kişiler için oluşan katılım payı tutarı ise hastane tarafından bireylerden alınmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik_hizmetleri/muayene_katilim_payi, 14.06.2022).

1.10.3. Kamu- Özel Sektör İş Birliği- Şehir Hastaneleri (Public-Private-Partnership; PPP) ve Tanımı

Küreselleşme, liberalleşme ve teknolojik yeniliklerle beraber klasik kamu hizmetlerinin yürütülmesi yön değiştirmiş, devlet eliyle yürütülen bu kamu hizmetlerinin özel sektör şemsiyesi altında sürdürülmesine yönelik yeni model oluşturulmuştur. Bu model, kamu hizmetlerinin etkin ve kaliteli sunulması, rekabet edilebilirliği teşvik eden, kamudaki yatırım ihtiyacını karşılayan ve ülkelerin ekonomik kalkınmalarını geniş bir çerçevede gerçekleştirmeleri adına Yeni Kamu İşletmeciliği (YKİ) paradigmasıyla oluşturulan kamu – özel sektörler arasında iş birlikleri (PPP) veya kamu- özel ortaklıklarıdır (Kwak vd., 2009, s.60; Tengilimoğlu, 2014, s.230; Uysal, 2019, s.939).

Kamu- Özel İş Birliği veya diğer ismi olan Kamu- Özel Ortaklığı ile ilgili evrensel bir tanım bulunmamakla birlikte, özelliklerine göre farklı tanımlamalar yapılmıştır. Kamu- Özel İş Birliği, kamu ve özel sektör temsilcilerinin ortak geliştirdikleri ürün ve hizmetlerinin kaynaklarının, maliyetlerinin ve risklerinin paylaşıldığı iş birliğidir (Van Ham ve Koppenjan, 2001, s.598). Başka bir tanımda ise; ortak hedeflere ulaşmak için kamu ve özel sektör arasındaki iş birliğini tanımlayan bir terimdir (Thadani, 2014, s.308).

Yabancı literatürde Public Private Partnership (PPP) olarak geçen KÖÖ; Fedai'nin (2020, s.2) tanımında bahsettiği gibi, *bir hizmetin gerçekleşmesi için ihtiyaç duyulan altyapı ve tesisin tasarımı, finansmanı, inşası ve işletilmesi ya da mevcut bir kamu yatırımının yenilenmesi, kiralanması, bakım ve onarımının yapılması ve işletilmesinde özel sektör katılımının sağlandığı yöntemlerin hukuki ve kurumsal biçimidir.*

Kamu Özel İşbirliği'nin ilk uygulaması Özel Finansman Girişimi (ÖFG) (Private Finance Initiative) olarak 1660 yılında İngiltere'de yol- inşaat uygulamalarında başlamış ve daha sonra sağlık alanında farklı ülkelere yayılarak uygulama her alanda hayat bulmaya devam etmiştir. Sağlık alanında KÖİ modelini yoğun olarak kullanan ülkelere örnek verirse; İngiltere, Almanya, İspanya, Macaristan, Japonya gibi ülkelerdir.

Türkiye'de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın İkinci Fazı olarak 2017 yılı itibari ile hizmet vermeye başlayan 10. Kalkınma Planı'nda yer alan KÖİ modelinin en güzel örneği sağlık kampüsleri veya diğer ismi şehir hastaneleridir. Şehir hastaneleri, kamu- özel iş birliği ile inşa edilen hastanelerdir (Savaş vd., 2020, s.26).

1.10.3.1. Şehir Hastanelerinin Kapsamı

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, toplumun her bireyine modern teknolojiye sahip kaliteli sağlık hizmeti sunmak için Kamu- Özel İş Birliği, yap-kirala-devret modeli ile ilk düzenlemeyi 2005 yılında 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile bir madde eklenmesiyle yer almaya başlamıştır. İlave edilen madde 7'ye göre; *“Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir”* (Sağlık Bakanlığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10399/tarih-03072005--sayisi-5396-saglik-hizmetleri-temel-kanununa-bir-ek-madde-eklenmesi-hakkinda-kanun.html>, 21.04.2022). Bu kanun ile ilgili yatırımları yürütmek için 2007 yılında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı oluşturulmuş; 2011 yılında ise Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ismini almıştır. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, sağlık yatırım programları dâhilinde ihale ve projelendirme çalışmaları yaparak program dâhilindeki şehir hastanelerini projelerini

yürütür. Aşağıdaki Tablo 5’te yapımı devam eden ve yapımı tamamlanıp hizmete açılan şehir hastaneleri bulunmaktadır.

Tablo 5.
Şehir Hastanelerinin Mevcut Durumu

<i>Proje Aşaması</i>	<i>İller</i>	<i>Yatak Sayısı</i>	<i>Açılış Tarihleri</i>
Yapımı Tamamlananlar	Adana	1.550	2017
	Ankara Bilkent	3.711	2019
	Balıkesir		
	Bursa	1.355	2019
	Başakşehir Çam Şakura	2.682	2020
	Elâzığ Fethi Sekin	1.038	2018
	Eskişehir	1.081	2018
	Erzurum	1.072	2020
	Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın	600	2020
	Isparta	755	2017
	Kahramanmaraş Necip Fazıl	400	2012
	Kayseri	1.607	2018
	Kartal Dr. Lütfi Kırdar	1.105	2019
	Konya Karatay	838	2020
	Manisa	558	2018
	Mersin	1.293	2017
	Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu	1.099	2021
	Tekirdağ Dr. İsmail Cumalıoğlu	566	2020
	Yozgat	475	2017
	Ankara Etlik	3.577	2022
Yapımı Devam Edenler	İzmir Bayraklı	2.060	2023
	Kütahya	600	2023
	Kocaeli	1.180	2023
	Ordu	900	2023
	Samsun	900	2023
	Aydın	950	2022
	Antalya	1.048	2023
	Sakarya	1.000	2023
	Denizli	1.000	2023
	Şanlıurfa	1.700	2023
	Trabzon	900	2023
	Diyarbakır	1.000	2023
	İstanbul Sancaktepe (1.Etap)	4.100	-
	Rize	850	2023

Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerinden yararlanılarak tarafımızca düzenlenmiştir.

1.10.3.2. Şehir Hastanelerinin Özellikleri

Şehir Hastaneleri kamu hastanelerinden, özel hastaneler ve diğer hastanelerden fiziksel ve fonksiyonel olarak farklı özelliklere sahiptir. Bu özellikler aşağıda değinilmiştir.

- Şehir hastanelerinin kendi özel kanunu vardır.
- Entegre sağlık kampüsü olarak hizmet sunarlar.

- Otel konforunda konaklama imkânları bulunmaktadır.
- Hastanede teşhis ve tedavide kullanılan araç ve gereçler kaliteli ve son teknolojik yeniliklere uygun olarak hizmet vermektedir.
- Yeşil hastane sistemlerine sahiptir.
- Türkiye'nin Sağlık Turizmi gelirlerine olumlu etkisi vardır.

1.10.3.3. Şehir Hastanelerinin Hizmet Sunan ve Alan Açısından Finansmanı

KÖİ ile yapılan şehir hastanelerinin, finansman kaynakları arasında Sağlık Bakanlığı tarafından ödenen kira bedeli ve hizmet bedeli altında ödeme yapılmaktadır. Hizmet bedeli personel giderleri, SGK primi ve mal- hizmet alımıyla ilgili giderler ile aşılama giderlerinden oluşmaktadır.

Şehir hastanelerini hizmet alan açısından incelersek, kamu hastanelerinden sağlık hizmeti alan bireylerin genel sağlık sigortası, cepten ödeme ve muayene katılım payının ödenmesi hizmet alan hasta için finansman konusunun içerisinde yer almaktadır.

2. BÖLÜM

KALİTE YÖNETİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

2.1. Kalite Yönetimi Kavramı, Tanımı

“Kalite” kelimesi, “ne tür” anlamına gelen Latince “qualis” kelimesinden türetilmiştir (Mosadeghrad, 2011, s.203). Literatürde yer alan kalite öncülerinin, kalite kavramına yönelik çeşitli tanımlamaları olmuştur. Bu tanımlamalara göre kalite kavramı; ilk modern istatistiksel kalite kontrol çizelgesini kullanan W. A. Shewart’a göre, bir şeyin belirtilen standartlara uygun özelliğe sahip olması ve ödenen bedel karşılığında alınan değer olduğudur (Hoyer, 2001, s.58; Derdiyok, 2018, s.20). Kalite tanımını ilk yapan ve kalite kontrol kitabını ilk yazan Dr. Joseph Juran’a göre kalite, kullanıma uygunluk ve müşteri ihtiyaçlarını karşılayan ürün özellikleridir (Juran,1999, s.27). Sıfır hata kalite yaklaşımını ilk kullanan Crosby’e göre kalite, gereksinimlerin karşılandığı mal ve hizmetlerin üretilmesidir (Crosby,1997, s.4). D. W. Edward Deming ise kaliteyi, düşük ve yüksek olarak ayırmış: iyi kalitenin güvenilirlik anlamına geldiğini belirtmiş ve bu iyi kalitenin yönetsel ve örgütsel başarıyla elde edilebileceğini söylemiştir. Feigenbaum’a göre kalite, müşteri beklentilerini karşılayan ürün ve hizmetlerin üretilmesi, pazarlanması, bakımından oluşan toplam karakteristiğidir (Feigenbaum, 1983, s.7). Masaaki Imai’ye göre kalite, üzerinde sistematik ve sürekli iyileştirme yapılan her şeydir (Imai, 2012). Kaoru Ishikawa’ya göre kalite, güvenilir mal ve ürün kalitesi demektir.

Uluslararası Standartlar Örgütü (ISO)’ ya göre kalite, ürün ve hizmetlerin belirlenen gereksinimleri karşılayan özelliklerin toplamıdır (Peşkircioğlu, 1994, s. 96). Saran’ a göre (2004, s.48) ise kalite, müşteri memnuniyetidir. Bu tanımlamalar bağlamında kaliteyi tanımlarsak, kalite müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması ve bu ihtiyaçların değişen döngü içerisinde sürekli iyileştirme yapılmasıdır.

2.2. Kalite Yönetiminin İlkeleri

Kalite yönetimin ilkeleri, kalite yönetimin temelini oluşturan, doğru olarak kabul edilen değerler ve kurallar dizisidir. Kuruluşun veya örgütün performans iyileştirilmesine rehberlik eder (ISO, <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/en/PUB100080.pdf>: Erişim Tarihi: 12.05.2022). Her bir ilkenin önemi ve değişimi örgütten örgüte farklılık arz edecektir.

Daha önce ‘‘Sistem Yaklaşımının’’ dâhil olduğu 8 ilke 7 ilkeye düşürülerek (Fonseca, 2014, s.394), ISO 9000:2015 ve ISO 9001: 2015 kalite yönetiminin 7 ilkesi benimsemiştir. Bu ilkeler şu şekildedir:

- Müşteri Odaklılık
- Liderlik,
- İnsanların katılımı,
- Süreç yaklaşımı,
- İyileştirme,
- Kanıta dayalı karar verme
- İlişki yönetimidir.

2.3. Kalite Yönetiminin Tarihçesi

Kalite tarihinin evrimsel değişimini anlamak için yönetim bilimini ve örgüt teorilerini dört ana yaklaşım üzerinde incelemek gerekir. Aşağıda bu yaklaşımlar ile ilgili detaylı bilgi verilmiştir.

2.3.1. Klasik Yönetim Yaklaşımları

Birinci evre olarak adlandırdığımız klasik yönetim dönemi, 1800’lü yıllarda başlayıp 1950’lilerin başlarına kadar devam etmiştir. Sanayi Devrimi’nin etkisiyle örgütlenmelerde hâkim olan klasik yönetim düşüncesine göre, insanlar rasyonel davranır, çalışanlar da düşünsel alan olmadan üstlerinin talimatları doğrultusunda hareket edebilirler. İş görenler üstlerinin belirlediği görevlerinin sınırlarına çıkamaz. Örgütte koordinasyon tamamıyla üst yönetim tarafından yönetilir. Bu ise, örgütte yer alan iş görenlerin insani değerlerinin ve özelliklerinin dikkate alınmadığının göstergesidir (Hatch, 2018, s.21; Derdiyok, 2018, s.4).

Klasik yönetim teorisi, üç yaklaşımdan oluşmaktadır. Bu üç yaklaşımın temelinde, etkinlik ve verimliliğin nasıl arttırılacağı üzerinde durulmuştur. Bu üç yaklaşıma kısaca değinecek olursak;

Bilimsel Yönetim Yaklaşımı: Frederick Winslow Taylor tarafından oluşturulan bu yaklaşımda, verimliliğin her şey olduğu, maximum verimliliğe ulaşmanın ise, işlerin ve yönetim uygulamalarının sadece bilimsel yöntemlerle yürütülmesi sonucu elde edileceğini belirtmiştir. Bu yaklaşıma göre, örgütün tepesinde bulunan yönetici her işin nasıl yapılacağına dair kesin standart prosedürleri oluşturmalı ve standardize etmeli, bu standart prosedürlere göre iş görenler eğitilmelidir. Taylor bu eğitimle, kalifiye olmayan iş görenlerin iyileştirmede yeni yaklaşım fikrini ortaya koymuştur. Başarı için ödüllendirme ve cezalandırma sistemini koymuş, çıktıyı arttırmak için ise ücret teşvik sistemini uygulamıştır. Yapılan bu çalışmalar ve iyileştirme çabaları, tek tip yönetim şeklini ve üretim süreçlerinin verimliliği üzerine odaklanarak iş görenlerin kişisel ve sosyal ihtiyaçlarını dikkate almamıştır (Daft, 2015, s.24).

Yönetim Süreci Yaklaşımı: Bilimsel yönetimde teknik konulara odaklanılırken, yönetim süreci yaklaşımında örgütün yüksek performans göstermesi için nasıl organize olacağı ve işleyişi üzerine odaklanmıştır. Bu yaklaşımın fikir babası Henry Fayol, örgütte sürdürülen faaliyetleri altı gruba ayırmış ve yönetim birliğinin sağlanması ve örgüt tasarımı adına 14 yönetim ilkesini ileri sürmüştür (Sarp, 2017, s.16). Bilimsel yönetim yaklaşımında olduğu gibi yönetim süreci yaklaşımında etkinlik, verimlik üzerine odaklanılmış ve örgütlerin rasyonel biçimde tasarımı ve yönetimi üzerinde durulmuştur.

Bürokrasi Yaklaşımı: Bu yaklaşımın öncüsü ve kurucusu, Alman toplum bilimcisi Max Weberdir. Bürokrasinin en etkin ve en iyi örgütlenme biçimini savunan Weber, yapılacak olan tüm faaliyetlerin kurallar ve standart prosedürler çerçevesinde gerçekleştirilmesini, yetkilerin açıkça belirtildiği, ücretlendirme, ceza ve ödüllendirme sisteminin kurulmasını, yetki hiyerarşisinin, teknik açıdan kalifiye iş görenin istihdam edilmesini, yazılı ve kayıtlı iletişimin sağlanmasını savunmuştur. Bu yaklaşımla Weber örgütlerde tutarlılığı, güvenilirliği, yön ve komuta birliğini sağlarken, tüm süreçlerde tüm iş görenlerin katılımını dikkate almayarak insani ve sosyal yönü eksik bırakmıştır.

2.3.2. Neoklasik (Davranışsal) Yönetim Yaklaşımı

Zaman ilerledikçe klasik yönetim anlayışının yaşanan aksaklıklar ve eksiklikler, beşerî faktörlerin göz ardı edilmesi yeni yaklaşım olan neoklasik yönetim yaklaşımını ortaya çıkarmıştır. Neoklasik yaklaşıma göre, etkinlik ve verimliliğin ancak iş görenlere karşı sergilenen tutum ve davranışların değiştirilmesi ve geliştirilmesi ve ihtiyaçlarının giderilmesi ile mümkün olacağını savunmuştur. Bu bağlamda astların da üstlerle kararlara

katılması, örgüt içerisinde iyi bir haberleşme ağının gerekliliği, insan unsuruna değer verilmesini ve motivasyonu arttıracak çalışmaların yapılması, gruplar arasındaki beşerî ilişkiler sosyal açıdan dikkate alınmalıdır.

Yapılacak olan bu değişimlerle beraber özgür ve açık iletişim ortamının sağlanacağını, gruplar arasındaki iletişimin iş motivasyonunu arttıracak ve bununda örgüt atmosferini olumlu yönde değiştireceğini göstermiştir. Neoklasik yaklaşımın oluşmasında Douglas, McGregor, Abraham Maslow ve Federick Hertzburg gibi bilim adamları etkili olmuştur.

2.3.3. Modern Yönetim Teorisi

Klasik ve neoklasik yönetim teorisi, üretim ve yönetim faaliyetlerine odaklanırken örgütün çevresi ile olan ilişkilerin göz ardı edildiği görülmüş ve daha kapsamlı örgüt teorilerine ihtiyaç duyulmuştur. (Yıldırım, 2014, s.159) İkinci evre olarak adlandırdığımız modern yönetim teorisi, 1950'lerden 1970'li yıllara kadar hâkim olmuştur. Modern yönetim teorisi, statik yönetim anlayışını benimseyen klasik ve neoklasik yönetim teorisinin aksine dinamik yapıyı ve grup içi etkileşimin kabul edildiği açık bir sistemi savunur. Tek bir en iyi örgütten ziyade, durumdan duruma değişen örgüt yapısını benimser (Kansoy, 2021, s.142).

Modern yönetim teorisi, sistem yaklaşımı ile koşul bağımlılık (durumsallık yaklaşımı) olarak iki gruba ayrılır. Bateman ve Snell'e (2004, s.22) göre sistem yaklaşımı, örgütlerde alt sistem ile üst sistem ile entegre edilerek çevresel faktörler ile beraber bir bütün halinde değerlendirmektir. Çünkü bütünlük her bir parçadan daha değerlidir. Karmaşık parçaları bir araya getirerek sistemi girdi- süreç ve çıktı olarak düzenlenir. Modern yönetimin diğer bir önemli yaklaşımı koşul bağımlılıktır (Durumsallık Yaklaşımı). Bu yaklaşımın temelinde, her şeyin içsel veya dışsal bir koşula bağlı olduğu yatar. Örgüt yapısının, değişen koşullar çerçevesinde nerde, ne zaman ve hangi ilkelerle uyum sağlayacağı önceden belirlenmiştir. Kalite yönetimi anlayışında da bu içsel ve dışsal faktörler göz önünde bulundurularak mal ve hizmet sunumu yapılmalıdır. Tek tip örgüt yapısından ziyade, durumdan duruma değişen örgüt yapısı mevcuttur. Bu yüzden örgüt yöneticisinin verdiği kararların doğru ve uygulanabilir olabilmesi için örgütün içinde bulunduğu durumu çok iyi tanımlaması ve değerlendirmesi gerekmektedir.

Koşul bağımlılık kuramı çerçevesinde çalışmalar; çevre odaklı, teknoloji odaklı, büyüklük ve strateji odaklı yürütülmüştür.

2.3.4. Post-Modern Yönetim

Modern yönetim sonrası postmodern çalışmaların başlamasına kadar geçen sürede Kaynak Bağımlılığı Kuramı, Örgütsel Ekoloji, İşlem Maliyeti ve Kuramsal Kuram örgüt yönetiminde hâkim olmuştur. 1990'lı yıllardan itibaren örgüt yönetiminde postmodernizm tartışmaları başlamıştır. Postmodernizm, 21. yüzyılın ilk yarısından itibaren yaşanan değişim ve gelişimle beraber örgütlerin yapısal, işlevsel ve büyüklük açısından farklılıklar arz etmeye başlamış ve modernizme yönetilen eleştiriler kapsamında yaşanan gelişmelere karşı çıkarak ortaya çıkmıştır (Leblebici, 2008, s.117; Odabaşı, 2014, s.24).

Modernist anlayışı eleştiren postmodernizm, normal bilim anlayışına karşı çıkarak her şeye şüphe ile yaklaşmıştır. Postmodernizm, gerçeği sosyal ortamda kabul eder. Yani sosyal dünyalara girmemize imkân sağlar. Akılcılığı reddeder, evrenselciliğe ve demokrasiye karşı çıkarak çoklu kültürlülüğü savunur (Derdioyok, 2018, s.16). Postmodernizm örgüt yapıları, bilgi ve iletişim teknolojilerinin entegre gelişmesi ile beraber kültürel değişime girerek yeni yönetim ve örgütlenme biçimlerinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Örgütlenme yapılarında hiyerarşi azaltılmış, karar mekanizmalarında iş gören katılımı sağlanmış ve merkezîyetçilik önemini yitirmiştir. Yaratıcı bir yönetim anlayışı sunan postmodernizm, yeni yönetim teknikleri ve örgütlenme biçimlerini ortaya çıkarmıştır.

Postmodernizm, küreselleşmenin ve kapitalizmin göstergesidir. Bunun en iyi kanıtı ise, üretimden ziyade tüketimi kapsamasıdır. Yani daha fazla tüketim postmodernistler için evrensel olarak 'iyi' kabul edilir. Tüketim odaklı olan postmodernizm yönetim anlayışı, tüketicilerin sadece ürünlerin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak değil sosyal ve mental ihtiyaçlarını da karşılamaya yönelik yönetim anlayışı sunar. Bunun yanı sıra, tüketicilerin mal ve hizmet tercihlerinin yer ve zaman taleplerinde yaşanan değişimler ve algılanan kalite farklılıkları üreticileri farklılaştırmaya ve rekabet edilebilirliğe itmiştir. (Azizağaoğlu ve Altunışık, 2012, s.42).

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi

Bu bölümde tezimin bakımından önem arz ettiği için sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ve kalite yönetimi, sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen faktörler, sağlık hizmetlerinde kalite ve gelişimine katkıda bulunanlar ve sağlık hizmetlerinde kalite uygulamalarının tarihsel gelişimi biraz daha fazla incelenmiştir.

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, hizmetlerinden yararlanan kişilerin maksimum faydaya sahip olması ve kişilerin sağlık durumlarının iyileştirilmesidir. Bu amacın gerçekleştirilmesinin ön koşulu ise, kaliteli sağlık hizmeti sunumudur. Sağlık teknolojileri alanında yaşanan büyük değişimler, sağlık hizmetlerinde tüketicilerin bilinçlenmesi, sağlık sunucuları arasında yaşanan rekabet, insan yaşamının devamının sağlanması ve her yapılacak tıbbi hatanın insan yaşamına mal olması sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin önemini arttırmış, kaliteyi kaçınılmaz hale getirmiştir.

Kalitenin tarihine bakarsak, sektör olarak sanayi üretim alanlarında uygulama alanı bulurken, sağlık hizmetlerinde kalite bireylerin mevcut sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve tıbbi hataların önlenmesi alanında uygulama bulmaya başlamıştır (Beylik ve Avcı, 2019, s.17). Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının temeli, 2003 yılında ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile başlamış ve nitelikli sağlık hizmetleri için kalite çalışmaları uygulanmıştır (Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları, 2016: http://kadirlidh.saglik.gov.tr/Eklenti/1028/0/shkssetipdf.pdf?_tag1=EF36990B666E00FCED7100D5165EBB0CEE72C045, 17.05.2022)

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramını tanımlamak zordur. Çünkü sağlık hizmetlerin de özellikle tedavi süreçlerinin değişken ve dinamik bir yapıya sahip olması kaliteyi yakalamanın ve sürdürmenin çok zor olduğu, kişilerin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak, hizmetlerin sınırlılığı, hasta ile hizmet sunan arasındaki ilişki bu tanımın yapılmasını zorlaştırmaktadır. Literatürde ise sağlık hizmetlerinin kalitesi ile alakalı birçok tanım yapılmıştır. En dar anlamda bakılırsa sağlık hizmetlerinde kalite, eldeki kaynakların en verimli şekilde kullanılarak bireylere eşitlik ve hakkaniyet çerçevesinde hizmet sunulması ve sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyetlerinin sağlanmasıdır. Geniş anlamda yapılmış pekçok tanıma aşağıdaki yer verilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde kalite denince akla gelen ve en fazla kabul görmüş tanım ilk ABD Tıp Enstitüsü (The Institute Of Medicine-IOM) tarafından şu şekilde yapılmıştır: *“Sağlık hizmetlerinin mevcut mesleki bilgi ve tutarlı bir biçimde kişiler ve toplum için ne ölçüde istenen sağlık neticelerinin sağlandığıdır.”* (IOM, 2001). Bu tanımdan anlaşılacağı üzere sunulan sağlık hizmetinin hastaya fayda sağlaması ve kalite ölçümünün ise, müşteri memnuniyetini ve müşteri sadakatini yansıtmaları gerekmektedir. IOM sağlık hizmetinde kalitenin; hasta güvenliği ve hasta merkezliliği, etkinlik, verimlilik, zamanlama ve eşitlikte sağlanacağını da belirtmiştir.

Legido-Quigley v.d. (2008) Avrupa Birliği’nde “Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Gerçekleştirmek” adlı çalışmalarında sağlıkta kalite kavramı üzerinde çalışmışlar; 1990 yılında Tıp Enstitüsü’nün belirlediği tanımı, sağlıkta kaliteye yönelik çalışmaların başlangıcı olarak kabul etmişlerdir (Kayral, 2015, s.65-81).

Dainty ve Sinclair (2017, s.175) sağlık hizmetlerinde kaliteyi, modern tıp teknolojilerine uygun olarak hasta veya hasta yakınlarının ihtiyaç ve taleplerinin karşılanması şeklinde tanımlamıştır. Bu tanıma göre, sağlık teknolojilerindeki değişim ve gelişime ayak uydurarak hasta taleplerinin karşılanması gerekmekte yani kalite sürekli geliştirilmelidir. Sağlık hizmet kalitesi, sağlık hizmetlerinin sunumu boyunca sağlık sunucusunun ortaya koyduğu fayda ve zarar neticeleri sonucunda hastanın ulaştığı maksimum iyileşme beklentisidir (Donabedian, 1980).

Sağlık hizmetlerinde kalite, bireylerin sağlıklarının korunması ve kaybetmeleri halinde eski sağlıklarına kavuşabilmeleri için ve sürdürülebilir kılmak için yapılan faaliyetlerin tümüdür (Karabulut, 2009, s.61). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’na göre sağlık hizmet kalitesi, sağlık çalışanlarının güvenliğinden ve memnuniyetinden ödün vermeden, bilimsel kurallara ve standartlara uygun olarak müşteri istek ve beklentilerinin doğru zamanda, doğru uygulamalarla eşit ve hakkaniyetli bir şekilde karşılanmasıdır (Kayral, 2014, s.67). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde kaliteyi geliştirmek için tüm kamu, özel ve üniversite statüsünde hizmet veren hastanelere geliştirilmesine yönelik oluşturulan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) setleri, kalite anlayışının geliştirilmesinde ve optimum kaliteye ulaşmak için önemli bir role sahiptir.

Bu tanımlamalar ışığında sağlık hizmet kalitesini tanımlarsak, uluslararası geçerliliği olan standartlar çerçevesinde ve teknolojik yeniliklere uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetleri ile hastanın beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Yani kalite,

sağlık hizmetlerinin var olan ihtiyaçları doğru zamanda, doğru materyallerle karşılanması ve arzu edilen sonucun elde edilmesidir.

Sağlık hizmeti sektörünün büyümesi, insan yaşam sürelerinin artması, teknolojik ve ekonomik değişimler sağlık sunucularını, kalite standartlarını belirlemeye zorlamış ve kalite yönetim sürecini sürdürülebilir zorunlu hale getirmiştir (Yağcı ve Duman, 2006, s.219). Sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi adına, kaliteye adanmış sağlam bir yönetim organizasyonunun varlığından söz etmek gerekir. Uzman kadrosuyla yapılacak işlerin ne zaman nerede, hangi vasıtalarla ve hangi yöntemle yapılacağına bilinmesi, sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttıracaktır. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi yönetirken etken, etkili, verimli, en uygun olma, kabul edilebilir, yasal ve hakkaniyet ölçüsünde olmalıdır (Tengilimoğlu, 2014, s.510) Böylece sağlık hizmetlerinin yararları ve maliyet etkinliği artmış olabilecektir.

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamalarının Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde kalite, M.Ö 2100’lü Hammurabi Kanunları’na kadar uzanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kötü bakıma odaklanmış ve bunların önlenmesi için standartların oluşturulması amaçlanmıştır (Meery ve Crago, 2001, s.30). Devam eden yıllarda M.Ö. 2000 yılında tıbbi uygulama standartları oluşturmuş ve bunun belgeleri ise, Mısır Papirüsleri’nde yer almaktadır. 19. yüzyılda yaşanan menenjit, kızamık, rota virüs gibi çok direnç sağlayan enfeksiyon salgınlarını önlemek ve doğumhanelerde yaşanan bebek ölüm hızlarını azaltmak amacıyla problem tespiti ve çözümü sonrası sonuçların sayısal değerlendirilmesi adına enfeksiyon kontrolünün babası Dr. Ignaz Semmelweis kaliteye farklı bir bakış açısı getirmiştir (Best ve Neuhauser, 2004, s.233) Günümüzde hala bebek ölüm hızlarının değerlendirme ölçütleri kalite çalışmalarında kullanılmaktadır (Ross, 2014, s.12). Bu dönemlerde sağlık hizmetlerinde kalitenin amacı, salgınla mücadele ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi idi. Bunun örneği ise, denizyolu ile seyahat eden kişilerin ülke girişlerinde tıbbi kontrollerden geçirilmesinde kalite araçları kullanılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde kalite uygulamasına en önemli damga vuran hemşire Florence Nightingaledir. Kırım Savaşı sırasında İngiliz hükümeti, Rusları Boğdan ve Eflak’taki Türk topraklarından atmak için savaşırken orduda bulunan askerlerin kolera ve ishal salgınında dolayı ölüm sayılarının artması üzerine hemşire Florence Nightingale Türkiye’ye gelerek hastanede tedavi gören askerler ve kötü çevre koşulları arasında ilişki

kurarak yaptığı bazı yenilikler ve değişimlerle beraber kaliteyi arttırmış ve ölüm oranlarını düşürmüştür. Hasta odalarında aşırı kabalığı azaltmış, havalandırma sistemi kurulmuş ve hastane bodrumunda bulunan atlar kaldırılmıştır. Diğer bir önemli katkısı ise, tuttuğu titiz kayıtlarla bugünün istatistiksel anlamda öncüsü olmuş, bu istatistiksel bilgileri tablolaştırmış ve grafikleştirerek kalite güvence programını kurmuştur (Sheingold ve Hahn, 2013, s.18; Beylik ve Avcı, 2019, s.20). 20.yüzyılın ilk dönemlerinde damga vuran Abraham Flexner, sağlık hizmetlerinde kalite adına önemli adımlar atmıştır. Kalite tıp eğitiminin dönüşümüyle başlamış, tıp okullarında hasta bakımına yönelik yaklaşımlara eğitimde öncelik verilmiştir. Bu uygulamanın kaliteyi arttıracığı düşünülmüştür (Barzansky, 2010, s.20). Ernest Codman ise, hastane verimliliği üzerinde çalışmalar yapmış; tedavi gören hastaların tedavi süreçlerinin başarıya ulaşp ulaşmadığı ile ilgili çalışmaları yermiş ve her hasta için tıbbi bakım kartının oluşturulmasını sağlamıştır. Kaliteyi arttırmaya yönelik bu girişimi, günümüzde hala kabul görmektedir (Howell ve Ayanian, 2016, s.280).

Kalite öncüleri arasında bulunan W. Edward Deming, Joseph M.Juran, Walter A. Shewart, Ishikawa ve Federick Winslow Taylor kalite alanında önemli gelişmelere imza atmıştır. 1952 yılında American College of Physicians, the American Hospital Association, American Medical Association (AMA) ve the Canadian Medical Association ve The American Collage of Surgeons bir araya gelmiş ve Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) isimli kuruluşu kurarak hastanelerde kaliteye odaklanılmış ve standartlar oluşturulmuştur. Günümüzde hala geçerliliği olan bu kurum, sağlık hizmeti sunan sağlık sunucularının uluslararası standartlara uygunluğunu denetlemekte; hasta memnuniyetini ve sürdürülebilir kalite artışını sağlamaya çalışmaktadır. Yine bu dönemde sağlık hizmetlerindeki kalitenin maliyet üzerindeki etkisi irdelenmiş, etkinliği ve verimliliği arttırmak için Paul Lembecke tarafından kalite değerlendirme araçları kullanılmaya başlanmıştır (Silver, 1990, s.342). Bu şekilde sağlık hizmetlerinde kalite adına sistematik çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır. Bu konuda en önemli adımı atan ve sağlık hizmet kalitesine katkı sağlayan Avedis Donebedian'dır. Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesinin babası Donebedian, kalitenin ölçülmesinde yapı, süreç ve sonuç odaklı yaklaşılması gerekliliğini savunmuştur. Bu model evrensel olarak kabul edilerek günümüzde hala geçerliliği sürmektedir (Haj vd., 2013, s.17). Bu yüzyılın sonlarında bütün dünyada geçerli olmak üzere, ISO 9001 Kalite Yönetim Sistem Standartları yayınlanmıştır (Öztürk, 2020, s.1). 2000, 2008, 2015 ve 2020 yıllarında tekrardan yayınlanmış ve son hali 2020 yılında yayınlanan revizyonu geçerlidir. Bu

standartlar sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır (ISO 9001: 2000 Quality Management System Requirements, <https://slideplayer.com/slide/7002401/>, 07.03.2023)

21. yüzyıla girdiğimizde ise sağlık hizmetlerinde kalite, hizmet sunan ve hizmet alan açısından değerlendirilmeye başlanmıştır. 1970 yılında kurulan Institute of Medicine (IOM) 2001 yılında sağlık hizmetlerinde kaliteyi altı boyutta incelemiştir. Bu boyutlar; güvenlik, hasta merkezlilik, verimlilik, yerindelik, etkililik ve hakkaniyettir. Özellikle hasta güvenliği üzerinde durularak, tıbbi hataların önlenmesi ile kalitenin artacağı belirtilmiştir (Altman vd., 2004, s.2041). Genel bir tarihsel gelişmelere göz attıktan sonra Türkiye’de kalite uygulamalarının geçmişine bakarsak kalite ile ilgili ilk çalışmaların gönüllülük esasına dayandığı, resmi bir çalışma ve organizasyonun olmadığı görülmüştür. Sağlık sunucusu türlerine göre, Türkiye’de ilk Dünya’da 21. JCI (Joint Commission International) Akreditasyon Kalite Belgesi almaya hak kazanan özel bir hastanedir. Diğer hastane türlerinin de bu akreditasyon sürecine olan ilgileri artmaya başlamıştır. Türkiye’de sağlıkta kalite sistemi, üç ayak üzerinde kurulmuş olup bunlar; kurumsal yapı, sağlık hizmet kalitesi ve klinikte kalitedir. Sağlıkta kalite ile ulaşılacak istenen amaç ise sağlık hizmetinin bireylere etkin, etkili, verimli, hasta odaklı, uygun, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde sunulması ile hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti en üst seviyeye çıkarmaktır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf>, 21.05.2022.). Bu sistem, Türkiye’de sağlık hizmeti veren 1., 2. ve 3. basamak kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır. Sağlık hizmet kalitesi altında ‘Sağlıkta Kalite Standartları’ (SKS) ve SKS Göstergeleri oluşturulmuştur.

Türkiye 2003 yılında ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) uygulamasına geçilmesi ile kalite adına önemli adımlar atılmıştır. SDP’nin sekiz temel ilkesinden biri olan nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için sürekli kalite gelişimi ile sağlık hizmetlerinde sürekli iyileştirmenin ve geri bildirim mekanizmasının oluşturulması sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>: Erişim Tarihi:20.05.2022).

Bu bağlamda 2012 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı altında Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı’nı kurmuştur. Başkanlık Türkiye’de yer alan tüm sağlık sunucularında

performans uygulamaları, kaliteyi geliştirme, kurumsal ve yönetsel performans değerlendirmeleri, teşhis ve tedavi ölçümleri ve hasta ve çalışan güvenliğini sağlamakla ilgili çalışmaları yürütmektedir (Güdük ve Kılıç, 2017, s.106). Bunun yanında Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TUSEB) kurulmuş ve ona bağlı olarak kurulan enstitülerden biri de Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) dir. Bu kurulan kuruluşlar bize Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırarak hem global anlamda sağlık hizmetleri algısına hem de sağlık turizmi açılımına avantaj sağlayabilecektir.

2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Etkileyen Faktörler

Kalitenin temeli, hizmet alan müşterinin objektif ve sübjektif doyumunu sağlamaktır. Bu doyumunu sağlamak için sağlık hizmetlerinde tanı ve tedavi süreçlerinde eldeki kaynakları en verimli şekilde kullanarak hastanın beklentilerine yönelik hizmetler sunulmalıdır. Bunun sonucunda ise, algılanan memnuniyet veya memnuniyetsizlik bilgisi ortaya çıkar. Bu elde edilen veriler ışığında hastanın sağlık hizmetlerinin kalitesi ölçülebilir, hastanın devamlılığı sağlanabilir ve sağlık hizmetlerinde iyileştirmeler yapılabilmektedir.

Sağlık hizmetinin anlık üretilip, tüketilmesi yani somut olmayışı ve depolanamayışından dolayı kaliteyi etkileyen faktörleri belirlemek çok zordur. Örneğin geçirdiğiniz herhangi bir cerrahi operasyonun türdeşinin tekrarı mümkün değildir. Burada kalitenin belirleyiciliği ise, ancak hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcısı arasındaki etkileşim sonucu gerçekleşmektedir (Mosadeghrad, 2013, s.204).

Sağlık hizmeti sunanların ve sağlık hizmeti talep edenlerin, yer-zaman farklılıklarından dolayı istikrarlı sağlık hizmeti sunması zordur. Bu ise kaliteyi etkilemektedir. Sağlık hizmeti talep eden ile sağlık sunucusu arasındaki farklı dinamikler, çevresel etkenler, örgütsel ve ekonomik faktörler sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen unsurlar arasında bulunmaktadır (Karahüseyinoğlu, 2021, s.399). Daha detaylı incelenirse, sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen faktör üç kategori altında incelenebilir. Bunlar aşağıda detaylı bir şekilde verilmiştir (Naidu, 2009, s.370; Tengilimoğlu, 2014, s.509; Yağar, 2021, s.57).

Birinci Kategori: Hasta ile ilgili faktörlerdir. Sağlık bakımı esnasında ve sonrasında sağlık hizmeti talep edenlere beklentileri doğrultusunda hizmetin verilmesidir.

Burada hastanın sosyo- demografik değişkenleri yani hastanın hekim ile ilişkisi, hastanın sahip olduğu hastalık tipinin sağlık hizmet kalitesi üzerinde etkisi vardır. Daha detaylı açıklanırsa, hastanın hekim ile olan ilişkisi, hekimin hastanın beklentilerini ve taleplerini anlamaması, hastanın eğitim seviyesi, hastanın finansal durumu, hekimin hastaya karşı olan tutumu, hastaların anlık ruhsal durumları kaliteyi etkilemektedir.

İkinci Kategori: Hastaya en iyi klinik ihtiyaçları sunacak olan sağlık personeli ile ilgili faktörlerdir. Hizmet sağlayan hekimlerin hastalara karşı tutum ve davranışları, hastalar ile olan iletişimi, hekimlerin sahip olduğu tıbbi bilgi ve teknik becerileri ve hekimlerin alanlarındaki akademik gelişmeler kaliteyi etkilemektedir. Bunun yanında en önemli etken olan hekimleri motive edecek çalışma ortamı, ücret, terfi, yönetimin hizmet kalitesi üzerinde etkisi vardır.

Üçüncü Kategori: Bu kategoride yer alan çevresel ve yönetsel faktörlerdir. Çevresel faktörler arasında yer alan en önemli faktör sağlık sistemidir. Ülkemizde ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile beraber sağlık sunucuları basamaklandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı 2. ve 3. basamak sağlık sunucularının yükünü azaltmak için aile hekimi modelini getirmiştir. Aile hekimlerinin yoğun çalışması kaliteyi etkilemektedir.

Sağlık sunucularında kaynak yetersizliği, yetersiz teknolojinin, iletişim kanallarının yetersizliği ve tesislerin bakımsız olması kalite üzerinde negatif etki yaratmaktadır. Sağlık sunucularında etkili yönetim ve liderliğin de sağlık hizmet kalitesini arttıracakı şüphesizdir.

Sonuç olarak şu söylenebilir hem hasta ve hekimin hem de çevresel- yönetsel faktörlerin sağlık hizmetleri kalitesi üzerinde iki yönlü etkisi vardır. Bunun yanında ileri görüşlü liderlik anlayışı ile sistemde sürekli iyileşme ve bütünleşme, hekimlerin ve çalışanların da kalite çalışmalarına aktif katılımını sağlayarak hasta odaklı olarak kalite de memnuniyet arttırabilir.

2.5. Sağlıkta Hizmet Kalitesi Tanımı ve Özellikleri

Küresel olarak yaşanan bulaşıcı hastalıkların toplumların yaşam kalitesi üzerinde yarattığı negatif etkisi, tıp alanında yaşanan teknolojik yenilikler ile beraber sağlık sunucuları arasında artan rekabet, toplumun yükselen eğitim seviyesi ile sağlık alanında bilinçli tüketici alışkanlıklarının gelişmesi, iletişim araçlarının yaygınlaşması, hekim hatalarının sorgulanabilir olması ve sağlık alanında artan maliyetlerin önüne

geçmek için kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmetini zorunlu kılmıştır. Yaşanan bu varyasyonlara ve değişen tüketici taleplerine karşı güvenli, zamanında, etkin ve etkili, hakkaniyetli ve hasta merkezli sağlık hizmeti sunarken hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak gerekmektedir. Toplum bireylerinin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin istenilen düzeyde sunulması ve bu hizmetlerden yararlanan bireylerin algıları, işletmenin stratejik başarısında ve karlılığında büyük önem arz ettiği için sağlık sunucuları kaliteyi ölçmeye yönelik odaklanmışlardır (Al-khrabsheh vd., 2017, s.185). Fakat sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı kaliteyi yakalamak ve sürdürmek zor bir süreçtir. Uluslararası geçerliliği olan standartlara uygun olarak hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının eksiksiz karşılanması ve doğru teşhis, tedavi yöntemleri ile beraber bu kaliteyi yakalamak mümkündür (Karahüseyinoğlu, 2021, s.398).

Literatürde hem kuruluşların hem de akademik anlamda sağlık hizmet kalitesinin tanımları mevcuttur. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ilk kez Amerikan Tabipler Birliği (ACS- American College of Surgeons) tarafından hazırlanan asgari düzey hastane standartları ile oluşturulmaya başlanmış ve ilk geniş tabanlı tanımlama ise ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından “toplumları oluşturan her bireye son bilimsel gelişmeler ışığında arzu edilen sağlık sonuçlarına erişecek şekilde hizmet sunulması” olarak tanımlanmıştır (Çakır, 2008, s.33). Birleşik Devletler Sağlık Departmanı ise sağlık hizmetlerinde kaliteyi ilk seferde en iyi hizmeti, en iyi zamanda ve bireylere doğru şekilde sunulması yönünde tanımlamıştır (Kayral,2014, s.68). Yapılan bu kurumsal tanımlamalar, sağlık hizmetlerinin etkin zaman ve hizmet yönetimi ile beraber bireylere sunulmasını, yanlış teşhislerden kaçınılmasını ifade etmektedir.

Ülkemizde ise sağlık alanında yaşanan neo-liberal politikalar çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile önem kazanmıştır. SDP kapsamında yer alan sekiz bileşenden altıncısı olan nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon bileşeni, Türkiye’de sağlıkta kalite sisteminin temelini oluşturmaktadır. Bu sistemi oluşturan üç yapı taşından biri olan sağlıkta hizmet kalitesi, sağlıkta kalite standartları, sağlıkta kalite göstergeleri ve sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile sistemin yasal dayanağını oluşturmaktadır (Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2022). Kurumsal olarak yapılan bu çalışmalar, kompleks bir yapı olan sağlık sektörü tarafından sunulan hizmetlerin etkinliğinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Yasal düzenlemeler çerçevesinde sağlık bakanlığı sağlık hizmetlerinde kaliteyi, “en iyi sağlık neticelerine

ulaşmak amacıyla sağlık personelinin güvenliği ve memnuniyetinden taviz vermeden, teknolojik teğhizatların yer aldığı sağlık sunucusunda, donanımlı uzmanlar tarafından doğru zamanda ve doğru tanılarla eşit hizmetin sağlanmasıdır’’ şeklinde tanımlamıştır (Gürsöz vd. 2018, s.84).

Sağlık sistemleri kalitesine odaklanan Avedis Donabedian (1988, s.173; (Tengilimlioğlu, Akbolat, & Işık, 2014, s. 602) sağlık hizmetlerinde kaliteyi hizmet süreci boyunca beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi sonucu hastanın iyilik halinin en st düzeye çıkarılması olarak tanımlamıştır. Donabedian’ın farklı bir tanımında ise sağlık hizmetleri kalitesi, sağlık bilimi ve teknolojisini riski arttırmadan sağlığa faydasını maximize edecek şekilde uygulanması olarak tanımlanmıştır (Mosadeghrad, 2013, s.204). Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi değerlendirirken yapı (structure), sürec (processes) ve sonuç (outcomes) temeli üzerine kurgulamıştır (Avcı, 2022, s.10). İyi sonucun elde edilmesi ancak doğru bir yapı ile doğru bir sürecin kurgulanması ile oluşacağını ileri sürmüştür. Sağlık hizmetlerinin birincil tüketicisi olan hastaların, deneyimledikleri sağlık hizmetlerine karşı beklentileri ve algıları mevcuttur. Avedis Donebedian, hasta memnuniyetinin esas olduğu bu beklenti ve algıları anlamak, boşlukları analiz etmek ve kaliteye sahip olup olmadığını gösteren özellikleri ortaya koymuştur (Donabedian, 2003, s.4; Sandhyaduhita vd., 2016, s.49). Bu zellikler; etkinlik etkililik, hakkaniyet, kabul edilebilirlik, optimallik, yasallık ve verimlilik (Donabedian, 1988, s.18-22). Bu zellikler tek başlarına veya çeşitli kombinasyonlar halinde alındığında, kalitenin bir tanımını oluşturur ve kaliteyi belirlemede rehberlik eder. Bu zellikler aşağıda anlatılmıştır.

Etkililik (Effectiveness): Sağlıkta elde edilebilir iyileştirmelerin gerçekte elde edilme derecesidir. Bir başka deyimle, belirli koşullar altında sağlık bilim teknolojisinin beklenen performansı ile gerçek performansı arasındaki karşılaştırmadır ve sağlıkta ulaşılabilen gelişmelerin derecesidir. (Donabedian, 1993, s. 32; Donabedian, 2002, s.10).

Etkenlik (Efficacy): Uygun koşullar altında kullanılan sağlık bilim ve teknolojisinin sağlık alanında yaptığı iyileştirme becerisi olarak tanımlanır (Donabedian, 1993, s.32). Sağlık hizmeti bilim ve teknolojisinin, en uygun koşullar altında kullanıldığında sağlıkta iyileştirmeler sağlama yeteneğidir (Donabedian, 1993, s.32)

Verimlilik (Efficiency): Sağlık hizmetlerinde ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmadan sağlık hizmeti maliyetini düşürme yeteneği olarak ifade edilir. (Donabedian,

2002, s.10) Burada hastaya sunulan sağlık hizmetinde hastalık durumunun en düşük maliyetle ortadan kaldırılmasıdır.

Optimallik (Optimality): Sağlık hizmetlerinde yapılan iyileştirmelere ulaşmanın maliyetine karşı dengelenmesidir veya maliyet ile iyileşme arasındaki dengedir. Hastanın tedavi hizmetleri için sağlık sunucusuna başvurması sonucu hastanın optimal ve maximum etkili hizmet karşılığında elde ettiği bu fayda sonucunda ödediği maliyet arasındaki dengedir (Korkmaz ve Çuhadar, 2017, s.74)

Eşitlik (Equity): Bireysel ve toplumsal kabul edilebilirliğin önemli belirleyicisi olan eşitlik, bireylerin uzun ve sağlık yaşam sürmeleri için sağlık hizmetlerinin sunumunda herkesin eşit ve adil bir fırsata sahip olmasıdır (Braveman vd., 2018, s.2) Eşitlik, bireysel ve toplumsal kabul edilebilirliğin önemli belirleyici olmakla beraber kalitenin önemli bir bileşenidir (Donabedian 1988: 24).

Yasallık (Legitimacy): Etik ilkeler, değerler, normlar, yasal düzenlemelerde ifade edilen sosyal tercihlere uygunluk ve bireysel kabul edilebilirliktir. Sağlık sunucuları ve sağlık kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin toplum tarafından kabul olunuşudur (Kıraç, 2019, s.408). Sağlık sunucuları tarafından sunulan tüm hizmetler, bireylerin sosyal tercihleri ve etik değerler çerçevesinde kesişmediği takdirde kurum tercih edilmeyecektir (Mısırlıoğlu, 2022, s.59).

Kabul Edilebilirlik (Accessibility): Hastaların ve ailelerinden sorumlu yakınlarının istek, arzu ve beklentilerine uygunluk olarak tanımlanır. (Donabedian, 2003, s.18).

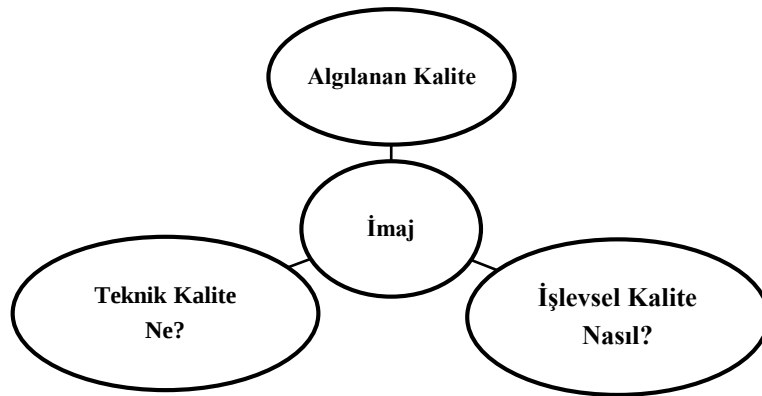
2.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Modelleri

Dünya genelinde sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında hizmet kalitesine ilişkin hizmet kalitesi değerlendirmeleri esnasında hastaların algılarına başvurulmasının, yapılan analizler sonucu iş süreciyle ilgili kararlar almak için güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır (İbrahim, 2020, s.2). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde kalitenin yorumlanması için, hastanın beklentisi ve algısına başvurulmaktadır (Arslanoğlu, 2021, s.30). Bu beklenti ve algılarına yönelik kalitenin ölçülmesinde literatürde yer alan farklı modeller bulunmaktadır. Literatürde en çok kullanılan Grönross Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli, Servqual Hizmet Kalitesi Modeli, Servperf Hizmet Kalitesi Modeli ve

diğer modellerdir (Akbolat vd., 2018, s.9). Bu modeller ile ilgili aşağıda detaylı bilgi verilecektir.

2.6.1. Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli

Literatürde ilk hizmet kalitesi modeli olarak değerlendirilen Grönroos'un ortaya koyduğu kaliteye göre, müşteri tarafından kalitenin nasıl algılandığı ve kaliteyi etkileyen unsurların belirlenmesi gereklidir (Ünsalan, 2016, s.111). Grönroos hizmet kalitesi üç boyuttan oluşmaktadır. İlk boyutta müşteri, kullandığı hizmet sürecinin ilk olarak teknik veya sonuç kalitesini algılar. Yani etkileşim sonucu yaşadığı fiilen elde ettiği kalitedir (Zeibaf vd., 2013, s.494). Bu süreçte en önemlisi olan ikinci boyut ise, sürecin nasıl işlediğidir yani müşteri işlevsel veya süreç kalitesi boyutunu algılar. Önemli olan müşterinin teknik sonucu nasıl elde ettiği ve müşteriye nasıl sunulduğudur (Magasi vd., 2022, s.19). Grönroos'a göre ilk iki boyut teknik ve işlevsel kalite boyutları olarak adlandırılırken (Grönroos, 2001, s.151), üçüncü boyutu ise imajdır. Hizmet firmalarının en önemli boyutu olan imaj, hizmetin teknik ve işlevsel kalitesi sonucu oluşan sağlık sunucusunun rekabet edebilmesi ve tüketicinin kalite algısı anlayışında yer edilmesi için önemli olup ağızdan ağıza pazarlama, müşteri beklentileri, fiyatlandırma politikasından etkilenmektedir. Beklenen kalite ile algılanan kalite arasındaki makas açıldıkça imajın azalmasına neden olmaktadır (Kozak ve Aydın, 2018, s.177)



Şekil 5. Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli

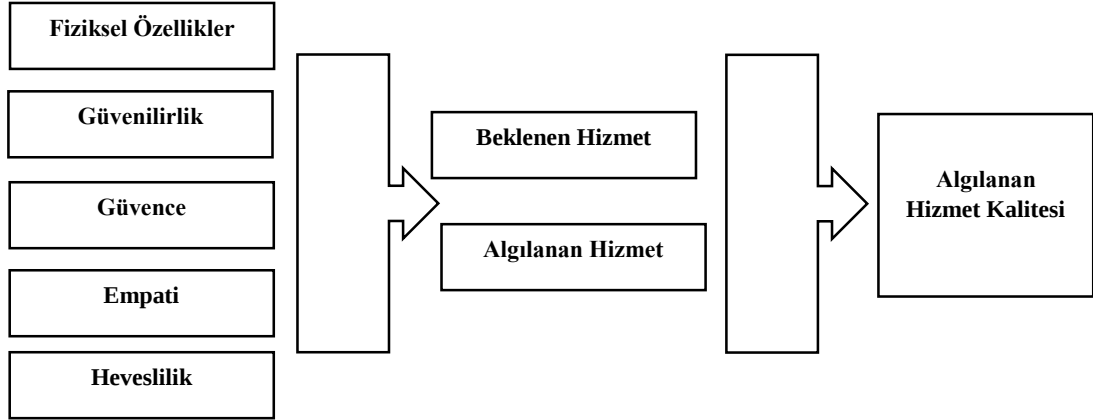
Kaynak: Grönroos, C. (1984). Strategic management and marketing in the service sector: A service quality and its marketing implication. European Journal of Marketing, 18(4), 36–44.

2.6.2. Servqual Hizmet Kalitesi Modeli

Servqual hizmet kalitesi modeli, bireylerin hizmet almadan önce beklentileri ile hizmet sonrası algıladıkları arasındaki performans karşılaştırılması, algılanan hizmet kalitesini ortaya koymaktadır. Performans karşılaştırılması sonucu algıladıkları hizmet kalitesinin beklentilerini aşması durumunda eksiksiz hizmet kalitesi, beklentilerinin altında kalmasında ise zayıf hizmet kalitesi olarak adlandırılır (Samancı ve Bayrak Kök, 2020, s.44)

Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988), hizmet kalitesini ölçmenin karmaşık bir süreç olduğunu göz önünde bulundurarak müşterilerin sunulan hizmet kalitesine ilişkin algıları ve beklentileri arasındaki boşluğu azaltmak için SERVQUAL modelini formüle etmiştir. Bu modelde Parasuman ve arkadaşları gözlem ve araştırmalarına dayanarak müşteri beklentileri ile sağlanan hizmet farklılıkları arasındaki on boyutu oluştururken, SERVQUAL ölçeğini beş boyut üzerinden ölçecek bir anket olarak tasarlanmıştır (Aboubakr ve Bayoumy, 2022, s.649) Bu boyutlar aşağıda sıralanmış ve şekil beşte görselleştirilmiştir (Parasuraman ve diğerleri, 1986:14-15; Şimşek ve Armağan, 2020, s.156).

- Fiziksel Özellikler: Hizmet sağlayıcıları tarafından hizmet sunumu sırasındaki fiziksel tesis ve ekipmanlar, araç gereçler, çalışan personelin fiziksel görünümüdür.
- Güvenilirlik: Hizmet sağlayıcısının hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde yerine getirebilmesidir.
- Güven: Hizmet sağlayıcısı bünyesindeki personelin müşteride güven duygusu oluşturmastır.
- Empati: Müşteriye özenli bir ilgi gösterme yeteneğidir.
- Heveslilik: Personelin hizmet sunumunda yardım etme isteğidir.



Şekil 6. Servqual Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L., A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, The Journal of Marketing, Vol. 49, No. 4, 1985, s. 44.

Parasuman ve arkadaşları sağlık alanında Servqual anketinin uygulanmasını sağlık birimlerinin yöneticilerine sağlık sunucusu ve klinik sistemlerindeki en zayıf halkaların belirlenmesine ve sağlık süreçlerinin güçlendirilmelerine ve iyileştirilmelerine olanak tanıyan bir araç olarak yorumlamıştır (Jonkisz, 2022, s.2).

2.6.3. Servperf Hizmet Kalitesi Modeli

SERVQUAL modelinin eksikliklerine ve sistemselsel olarak daha gelişmiş bir modele duyulan ihtiyaçtan dolayı Cronin ve Taylor, hizmet performansının kısaltması olan SERVPERF modelini geliştirmiştir (Cronin ve Taylor, 1992, s.57; Sohail ve Hasan, 2021, s.56). Cronin, beklentileri ve algıları arasındaki farkı ölçen SERVQUAL hizmet kalitesi modelinin yerine sadece algılanan performansı ölçen SERVPERF ölçeğini önermiştir (Pujar ve Charegaonkar, 2022, s.145) SERVQUAL ölçeğinde yer alan beş boyutu kullanmıştır. Cronin ve Taylor SERVPERF ölçeğinin içeriği ve ayırt edici özelliği nedeniyle daha fazla geçerliliğe sahip olduğunu iddia etmişlerdir (Ivanov vd., 2022, s.2). SERVPERF ölçeği, sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesinde performansa dayalı bir yaklaşımdır.

3. BÖLÜM

MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE MÜŞTERİ SADAKATİ

3.1. Sağlıkta Müşteri Memnuniyeti

Bu bölümde ilk olarak müşteri memnuniyeti kavramı, sağlık işletmelerinde memnuniyet, memnuniyete etki eden faktörler ve memnuniyet ile hizmet kalitesi arasındaki ilişki incelenecektir.

3.1.1. Müşteri Memnuniyeti Kavramı

Hizmet sektöründe hizmet kalitesi, farklılaştırma yaratmakta ve rekabet avantajı sağlamaktadır. Hizmetlerin ve ürünlerin performansı, hizmet sağlayıcılara olan inancın sağlanması ile tekrardan ziyaret etme ve başkalarına tavsiye etme niyetine yol açarak sürdürülebilir ilişki kurulmasını sağlar. Kuruluşların hem karını hem de örgütsel performansını etkilediği için kaliteli hizmet sunarak müşteri memnuniyetini sağlamak hizmet sektörünün en temel görevidir (Hong ve Slevitch 2018, s.1; Thi vd., 2020, s.180)

Kalite yönetiminin öncelikli felsefesi ve özel bir değişkeni olarak kabul edilen müşteri memnuniyeti kavramı, pazarlamada ve perakende bağlamında yöneticiler ve akademisyenler tarafından başarının bir anahtarı olarak görülmektedir (Marin Garcia vd., 2022, s.550). Bu bağlamda kümülatif bir tanımlama yaparsak müşteri memnuniyeti, sağlık hizmetlerindeki müşteri deneyimlerine ve hizmetin karşılaşması sırasında belirli yönlerle yönelik olumlu ya da olumsuz duygu ve tutumları içeren psikolojik durumları içerir (Neupane ve Devkota, 2017, s.168). Parasuman vd., (1991, s.40) göre memnuniyet, hizmet kullanımından sonra alınan kararların bir sonucu olarak tanımlamıştır. Kotler ve Armstrong'a (2011, s.12) göre ise müşteri memnuniyeti, bireyin ürün veya hizmetlerin algılanan performansına göre beklentilerin karşılaştırılmasından kaynaklanan hayal kırıklığı veya beğeni duygusudur. Farklı bir değerlendirmeye göre ise müşteri memnuniyeti, beklenen ile gerçekleşen arasında bir değerlendirme prosedürüdür. Aynı zamanda tüketici davranışının sadakati için gerekli olan ilham kaynağıdır (El-Tohamy ve Al Raoush, 2015, s.66). Müşteri memnuniyeti hizmet kalitesi ile müşteri sadakati arasında kısmi olarak aracılık etkisi gösterir (Lei ve Jolibert, 2012, s.3). Memnuniyet, kalite ve sadakat arasında değişken olduğundan kalite ve sadakat ikilisinde gözlenen ilişki müşteri memnuniyetini belirler.

Bu tanımlamalardan anlaşılacağı üzere müşteri memnuniyeti, kuruluşun hizmet sağlayıcı ile bağlantılı deneyiminin sonucu kuruluşun performansına yönelik vizyonunu belirlemesidir. Birey hizmet karşılaşmasıyla birlikte olumlu ve olumsuz duygu ve tutumlarını içeren psikolojik yargılarını belirledikten sonra, eğer müşteriler kuruluşun hizmetlerinden memnun kalıp hatta beklentilerinin üzerinde hizmet alımı yaptıklarında sadık kalarak kuruluşun müşteri tabanının oluşmasına, sürdürülebilir rekabet üstünlüğü sağlamasına, yüksek pazar payına sahip olmasını sağlamaktadır.

3.1.2. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyeti Kavramı

Sağlık sunucularının başarısı için kritik öneme sahip olan müşteri memnuniyeti, uzun vadeli varlığını korumak için müşterinin taleplerini iyi anlamak, talepleri karşılamak, memnuniyeti etki eden unsurları belirlenmesi ve memnuniyeti arttıracak profesyonel standartlar uygulamak zorundadır (Arıffin vd., 2022, s.93, Leibovica ve Kalkis, 2022, s.1).

Sağlık sunucularında sağlık hizmetlerinin üretiminden sunumuna kadar aktif rol alan tüm bireyler müşteridir. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s.490). Literatüre göz attığımızda sağlık sunucularında yer alan müşteri grubu iç müşteri ve dış müşteri olarak adlandırılmıştır (Tengilimoğlu, 2014, s.61). İç müşteri; tüm hizmet sunumunda etkili olan ve faaliyetlerin devamı için kilit etmen olan personel, pay sahipleri ve danışmanlardan oluşmaktadır (Kaya ve Biçer, 2022, s.139). Dış müşteri ise sağlık hizmetlerini kullanan birinci derece etkileşimde bulunan kişiler veya kuruluşlardır veya iç müşterinin ürettiğini tüketen kişidir (Yıldırım, 2018, s.40). Bunlar; hastalar, hasta yakınları, refakatçiler, ziyaretçiler ve diğer sağlık kuruluşlarını oluşturmaktadır (Yeşilyurt, 2018, s.90).

Hasta memnuniyeti göreceli bir kavram olduğundan dolayı farklı tanımlara yer verilmiştir. Farahani vd.'ne göre (2014, s.3) hasta memnuniyeti, kendisine sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin algıdır. Kotler'e (2014) göre memnuniyet, kişinin değerli bir şeye sahip olduğunda yaşadığı mutluluk duygusudur. Mulisa vd.'ne (2017, s.5) göre hasta memnuniyeti, hastaların sağlık hizmetlerine yönelik bir dizi tutum ve algısıdır. Bir başka tanıma göre hasta memnuniyeti, hastaların bir sağlık hizmetini kullanırken yaşadıkları beğeni ve mutluluk durumudur (Manzoor vd., 2019, s.2). Gök ve Burçkin'e göre (2020, s.225) hasta memnuniyeti beklenti ve taleplerin karşılandığı, şikayetlerin az olduğu durum veya yeni müşteri kazanımındaki artış ve düşük devir hızıdır.

Özetle hasta memnuniyeti, kaliteli hizmetin bir çıktısı olarak hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinden beklentilerinin ne derece karşılandığıdır.

3.1.3. Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyetine Etki Eden Unsurlar

Sağlık sunucularının ayakta kalabilmesi ve bunu sürdürülebilir kılması için hastanın ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Beklenen ihtiyaçların karşılanması ve aşılması doğrultusunda hastanın tekrardan hastaneyi tercih ve tavsiye etmesi yanında marka bağımlılığı da oluşturulmasında gereklidir (Churchill ve Surprenant, 1982, s.495).

Hasta memnuniyetini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bunların başında bireye ilişkin faktörler söz konusu olup bunlar, temel olarak sosyo- demografik özellikleri içermektedir. Bunlardan ikincisi, hizmet verene ilişkin özellikleri içermektedir. Üçüncüsü de kurumsal özelliklerdir. Bu özellikler aşağıda detaylı olarak incelenmiştir.

3.1.3.1. Sosyo- Demografik Özellikler

Sağlık hizmet kalitesinin önemli bir ölçüsü olan memnuniyete etki eden özelliklerin başında bireye ait sosyo – demografik özellikler gelmektedir. Bunlar; yaş ve cinsiyet, eğitim ve medeni durum, finansal koşullar (istihdam, sağlık sigortası ve gelir düzeyi), sosyal statü, aile, kültür ve yaşam tarzıdır (Ladhari ve Rigaux-Bricmont 2013, s.299; Liu ve Fang, 2019, s.1983; Nguyen vd., 2020, s.2). Bireyden bireye değişen bu özellikler sağlık sunucusundan alınan sağlık hizmetlerinin memnuniyet değerlendirmeleri sonucu sağlık sunucusunun kalitesini belirlemektedir (Bagarad, 2019, s.29).

Bu bağlamda hastanın ve sunulan hizmetin çeşitli demografik ve ekonomik özelliklerini analiz etmek; hizmet kalitesini hastaların bakış açısından değerlendirmek ve ona göre hareket etmenin önemini dikkate almak gerekir.

3.1.3.2. Hizmet Verene İlişkin Özellikler

Hasta memnuniyetini hizmet veren açısından etkileyen en önemli faktörlerden biri sağlık sunucularında hizmet veren kişi ve kişilerin hastalara karşı tutum ve davranışları ile onlarla kurduğu sağlıklı iletişimidir. Tutum ve davranışlarda yaşanan eksiklikler ve iletişimsizliğin getireceği sorunlar, sağlık hizmetlerinde telafisi mümkün

olmayan sonuçlar doğurabilir. Hizmet verenler arasında yer alan hasta- doktor ilişkisi, hasta- hemşire ilişkisi ve hasta- personel ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde etkisi vardır.

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktör doktor ile hasta arasındaki ilişkidir. Doktorun tıbbi becerisi başta olmak üzere, kişisel ilişki becerileri, dış görünüşü, hastayı yeterli bilgilendirmesi, iş tatmini, doktor- hasta uyumu ve doktorun mahremiyete dikkat etmesinin hasta memnuniyeti üzerinde etkisi vardır (Hesse ve Rauscher, 2019, s.3)

Örneğin Evans’a (2016, s. 62) göre hemşire- hasta etkileşimi hasta memnuniyeti üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Özellikle yatan hasta ve palyatif hasta bölümündeki bakıma muhtaç hastalara karşı yaklaşımlarda hemşirelik rolü çok önemlidir. Yaşam ile ölüm arasında giden hastalara ve refakatçilerine karşı duyarlı davranışlar ve empati kurularak sunulan sağlık hizmetlerinin memnuniyet üstünde etkisi fazladır (Okçin, 2019, s.238)

3.1.3.3. Kurumsal, Fiziksel ve Çevresel Özellikler

Sosyo-demografik ve hizmet verene ilişkin özelliklerin yanı sıra, uygulanan bürokratik işlemler, hasta hakları, hasta kabul süreci, bilgilendirme, ücretlendirme sistemleri, tanı ve tedavi süreçleri, halkla ilişkilerin, memnuniyet üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır.

Gelişen e-sağlık teknolojileri (MHRS, E-Nabız) ile randevu sistemleri oluşturulmuş ve bekleme süreleri azalmıştır. Hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktör olan reel bekleme süresi ile hastaların algıladıkları bekleme süresi arasında memnuniyet açısından negatif yönlü ilişki olduğu bilinmektedir (Tekinalp ve Şahinöz, 2021, s.14). Kağıtsız hastane sistemleri oluşturularak hastanın kabul sürecinden taburcu süresi azaltılmaya yönelik teknolojik kullanımlar sunularak memnuniyet artırıcı adımlar atılmıştır (Evirgen ve Yorulmaz, 2019, s.434).

3.1.4. Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti İlişkisi

İşletmelerin başarı seviyesini ve kalitesini belirleyen unsurların başında müşteri memnuniyeti gelmektedir. Memnuniyeti belirleyen kaliteli hizmet, yüksek pazar payının ve kâr marjının ne ölçüde arttığının belirlenmesine de etki etmektedir. Küreselleşme ile birlikte işletmeler arasında oluşan rekabet ve bu rekabet sonucu işletmelerin hayatta kalma stratejileri, yaşanan teknolojik makro değişikliklerle beraber tüketicilerin

değerlendirmelerinin yaygın olarak bilinir hale gelmesi, müşteri deneyiminin sonucu oluşan memnuniyet ve/veya memnuniyetsizliği giderek önemli hale getirmiş, sunulan kaliteli hizmet ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkinin önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Müşteri memnuniyetinin sağlanmasında altın anahtar rolü oynayan hizmet kalitesi, hizmet pazarlaması literatüründe yaygın olarak akademik çalışmalara konu olmuştur (Chu vd., 2012, s.1278; Fida vd., 2020, s.3; Khawaja vd., 2021, s.763; Novitasari, 2021, s.33).). Bu nedenle iyileştirilmiş hizmet kalitesine olan talep artmış, arz tarafında ise bunu karşılamaya yönelik çalışmalara yönelinmiştir (Anderson, 1995).

Hizmet sektörünün en önemli ayağı olan sağlık sektöründe sağlığa artan odaklanma, yaşlı nüfusun artması ve sağlıklı yaşam tarzının ihtiyaç haline gelmesi, küresel olarak yaşanan hastalıkların artması hastalara en iyi hastane seçimini yapmaya teşvik etmiştir.

Ülkemizde, sağlık sunucularında 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerinin sunumu hedeflenmiş ve hastanın memnuniyetinin artırılması yönünde önemli reformlara imza atılmıştır. Bu reformlarla birlikte hedeflenen sıfır hata ile etkin ve verimli tedavi kalitesi ile hizmet kalitesini arttırmak ve dolayısıyla hasta memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmak hedeflenmiştir. Hasta taleplerinin karmaşıklığı, değişkenliği ve tahmin edilemeyişi, sağlık hizmetlerinin somut olmayışı ve hizmeti hasta ile birlikte üretme ihtiyacı memnuniyet araştırmalarını zorlaştırsa da hasta- çalışan merkezli yapılan iyileştirmeler ile pozitif adımlar atılmıştır (Vogus ve McClelland, 2016, s.3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Yaşam Memnuniyeti Araştırması (YMA)'nın 2003-2021 yılları arası sağlık kuruluşlarından memnuniyet oranı verilerini incelediğinde, 2003 yılında sağlık sunucuları arasında ortalama memnuniyet oranının %44,64 iken bu rakam 2021 yılında %66,4'e yükselmiştir. 2021 yılında devlet hastanelerinin hizmetlerinden memnun olan bireylerin oranı %69,1, şehir hastanelerinin hizmetlerinden memnun olan bireylerin oranı %72,7, özel hastanelerin hizmetlerinden memnun olan bireylerin oranı ise %58,4'tür. Memnuniyet oranında en büyük payı ise şehir hastaneleri almaktadır (TÜİK Yaşam Memnuniyet Araştırması Sağlık Kuruluşlarının Hizmetlerinden Memnuniyet, 2021).

3.2. Sağlıkta Müşteri Sadakati

Sağlık hizmetlerinde müşteri yani hastanın ihtiyaçları doğrultusunda sağlık sunucusundan aldıkları hizmetlerden sonra sağlık sunucusunu tekrar kullanmaları ve yeniden ziyaret etmeleri sonucu sadakat oluşur. Sağlık hizmetlerinde müşteri sadakati, hastanın hastane ilişkilerinin değerlendirmesi sonucu oluşur. Hastanın aldığı hizmetin sonucu tatmin düzeyi arttıkça hastanın sadakat düzeyi de artacaktır. Sağlık sektörünün temel amaçları arasında olan hastanın sadakatini devam ettirmenin temelinde yatan ‘‘müşteri sadakati kavramı nedir?’’ Sağlık hizmetlerinin devamını sağlayan müşteri sadakatinin önemi nedir? Sorularının cevabıdır.

Bu bölümde sağlık hizmetlerinde müşteri sadakatini değerlendirmek için müşteri sadakati kavramını, önemini ve hizmet kalitesi- müşteri memnuniyeti arasındaki ilişki incelenecektir.

3.2.1. Müşteri Sadakati Kavramı

Müşteriyi korumak, işletmenin finansal performansını arttırmak, işletmenin varlığının sürdürülmesi ve sürdürülebilir rekabet avantajı yaratmadaki katkısından dolayı müşteri sadakati işletmeler için birincil pazarlama faaliyeti olmakla birlikte hayati önem taşımaktadır. Müşteri sadakati bir tür işletmeye olan adanmışlıktır (Korkmaz vd.,2017, 370). İstikrarlı benimsenme ve işletmenin sahiplenilmesi müşterinin bireysel tercihidir. İşletme sunduğu ürün ve hizmetin kalitesi aracılığı ile müşteriyi uzun vadeli kazanabiliyorsa bu durum hem işletme hem de müşteri açısından uzun vadeli kazan-kazan ilişkisine dönmektedir (Idenedo ve Goodie-Okio, 2022, s.36). İşletmelerin temel amacından biri olan ve müşteri davranışlarında sık kullanılan müşteri sadakati ile ilgili pazarlama literatüründe farklı tanımlara yer verilmiştir. Müşteri sadakati, gelecekte tercih edilen bir ürün veya hizmeti yeniden satın alma veya himaye etme taahhüdünü ifade eder. (Kotler ve Keller, 2016). Solimun ve Fernandes (2018, s.4)’e göre müşteri sadakati, tüketicinin ürün veya hizmet kullanımı sonrası psikolojik tutumudur. Morgan ve Hunt (1994, s. 30)’a göre ticari ilişki sonucu karşılığında elde ettiği değer müşteri sadakatini oluşmaktadır. Müşteri sadakati, alışveriş yapanlar ve üreticiler arasında uzun vadeli bir bağlantı olarak tanımlanabilir (Khoa, 2019, s.197, Pandey vd., 2019, s.3).

Müşterinin sadakatinin oluşmasını sağlayan dört aşama bulunmaktadır. Bu aşamalar bilişsel sadakat (cognitive loyalty), duygusal sadakat (affective loyalty),

davranışsal sadakat (conative loyalty) ve eylemsel sadakat (action loyalty). Oliver, bir kişinin önce bilişsel bir şekilde sadık olduğunu, sonra duygusal bağlılığa, ardından davranışsal bağlılığa ulaştığını ve sonunda eylemde sadık hale geldiğini savunmuştur (Oliver, 1999, s.40). Sadakatin ilk aşaması olan bilişsel sadakat; müşterinin ilk deneyiminde standart bir öğrenme hiyerarşisinin olduğunu iddia etmektedir. Tüketici ilk kalite değerlendirmesi olarak adlandırdığımız bu aşamada elde ettiği olumlu tatmin sonucu ve tüketici deneyiminin bir parçası olarak duygusal tezahürler üstlenir (Taghipourian ve Bakhsh, 2015, s.50). İlk izlenimlerin sonucu sadakatin ikinci aşaması olan duygusal sadakat oluşur. Bu aşamada ise, tüketicinin zihninde markaya olan olumlu tutum gelişir ve tüketici ile ürün arasında duygulanım temelli ilişki başlar. Tüketici zihninde bilişsel sadakatten daha derin kodlanmıştır (Yuksel vd., 2010, s.277). Üçüncü aşama olan davranışsal sadakat ise, bir davranışta bulunmaya yönelik olasılığı ifade eder (Rather vd., 2021, s.204). Müşterinin tekrardan satın alma ve tekrar ziyaret etme niteliğini taşımaktadır. Yani müşterilerin işletme ile ilişkilerini sürdürme istekliliğidir. Müşteri sadakatının son aşaması olan eylemsel sadakatte ise ürün ve hizmeti kullanmak, arzu ettiği markaya kavuşmak için olası engelleri aşmayı göze alır.

İşletmelerin müşteri sadakatini yaratmak ve bunu sürdürülebilir kılmak için ilişkinin sürekli tutulması, sadakat programları oluşturması, mevcut müşterinin yeni edinilecek müşteriden daha az maliyetli olduğunu düşünerek mevcut müşterileri elde tutmanın önemini kavraması gerekmektedir. Hizmet sektöründe özellikle sadakatin sürdürülmesinin temelinde ilişkisel pazarlama yattığını kabul edersek sadık müşteri oluşturma stratejileri kurulmalıdır.

3.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Sadakati

Sağlık hizmetlerinin müşterileri hastalardır. Tıbbi hizmet veren sağlık kurum ve kuruluşların sayıca artması rekabeti yoğunlaştırmış, sunulan sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan tüm paydaşların amacı müşterinin yani hastaların devamlılığının sağlanması olmuştur. Küreselleşmenin etkisi ile yoğun rekabetin yaşandığı sağlık hizmetlerinde reformcu hareketler ile kaliteli ve mükemmel hizmetlerin bireylere sunulma arzusu artmıştır (Bentum-Micah vd., 2020, s. 87).

Sağlık hizmetlerinde hasta ve hasta yakınlarının sağlık sunucularının sunmuş oldukları ürün ve hizmetleri kullandıktan sonra kuruma karşı oluşan pozitif inancıdır. Kavramsal olarak tanımlama yaparsak sağlık hizmetlerinde müşteri sadakati kavramı,

sağlık sunucularının sunmuş olduğu hizmetlerin karşılığında, hastaların tekrardan ziyaret etme potansiyeli ve tavsiye etmesidir (Siripipatthanakul ve Vui, 2021, s.5). Huang vd., (2021, s.58)'e göre ise sağlık sunucuları hakkındaki kanaatleri olumlu şekilde ağızdan ağıza yaymak ve sağlık sunucularını başkalarına tavsiye etmesidir.

Hastalar sağlık sunucularına iyileşmek için gelirler. Sunulan her hizmetin kusursuz ve sorunsuz olarak talep ederler. Hastane ile hasta arasında koordinasyonun sağlanması ve taleplerin karşılanması gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık sunucuları tarafından sunulan hizmetler müşteri (hasta) sadakatini artırabilir, böylece hastaları kişisel sosyal ağlarında olumlu tıbbi deneyimlerini paylaşmaya ve başkalarına tavsiye etmeye istekli hale getirebilir (Lacap ve Alfonso, 2022, s.84). Bu nedenle sağlık hizmeti sunucuları hastalardaki artıştan yararlanır ve sadık hastalar, daha iyi tedavi almak için sağlık hizmeti sağlayıcılarını tekrar ziyaret ederek yarar sağlar.

Hasta sadakati davranışsal sadakate yakın olması sebebi ile bu çalışmada davranışsal sadakat ölçüm aracı kullanılmıştır. Çalışmanın yöntem kısmında bilgiler verilecektir.

3.3. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Sadakatinin Önemi

Ülkelerin sağlık sistemlerinde yaşanan reformlar ve Covid-19 salgının da etkisiyle küresel çapta izlenen sağlık seferberliği sağlık hizmetlerinin önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Rekabetin yoğun yaşandığı sağlık hizmetlerinde kârlılıklarını sürdürülebilir kılmak, sağlık sunucuları tarafından sunulan hizmetlerinin devamlılığının sağlanması ve hastaların artan taleplerine karşılık rakiplerinin bir adım önünde hizmet sunmak için sadık hasta yaratma gerekliliğini oluşturmuştur. Sağlık sunucuları için son derece önemli olan müşteri yani hasta sadakati, müşterinin sağlık sunucusu ile olan ilişkilerini düzenli devam ettirip sağlık sunucusu ile özdeşleşmesi olduğuna göre, sunduğu hizmetleri tarafsız bir şekilde almak istemesidir. Özellikle farklı sunuculardan oluşan sağlık işletmeleri nezdinde yaşam eğrisinin devamlılığı için var olan müşteriye (hastayı) elde tutmak daha önemlidir. Çünkü müşteri kaybetmek, o müşterinin sağlık sunucusundan ömür boyu hizmet almaması anlamına gelir (Korkmaz vd., 2017, s.367) ve mevcut müşteriye korumak yeni müşteriye kazanmaktan daha az maliyetlidir (Akbolat vd., 2019, s.76). Bu sebepten dolayı hasta sadakati önemlidir.

Hasta sadakatının hem hasta hem de doktorlar ve sağlık sunucuları için birtakım faydaları vardır. Hasta tarafından iyi bir teşhis, tedavi elde edilmesi sonucu tedavinin devam ettirilmesi arzusu oluşurken; doktorlar tarafından ise yeni hasta kazanma ve hasta şikayetlerinin azalmasına yönelik performans sergilemektir (Akbolat vd., 2019, s.78). Sağlık sunucularının ise satış hacimlerinin genişlemesi, sağlık yatırımlarının planlanmasında önemli rol oynamaktadır (Carlin, 2014, s.1013). Sadık bir hasta gereksinimleri karşılandığı zaman ve tatmin olduğu için aynı sağlık kuruluşunu kararlılıkla tercih edecek ve tavsiye edecektir. Bu bağlamda sağlık sunucularının pazarlama giderlerinde azalma olacaktır.

3.4. Hizmet Kalitesi ile Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki

Dünyada birden fazla ülkeye ve kıtaya yayılan Covid- 19 salgını her sektörde olduğu gibi sağlık hizmeti tüketicisinin tutum ve davranışlarında birtakım değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Davranış tabanlı olan müşteri sadakatının oluşmasında etken olan bu farklılıkların hizmet kalitesine yansması olmuştur. Kalitenin arzulananın ötesinde sunulmasını değişimlere ayak uydurmasını zorunlu kılmıştır. Bu bağlamda hizmet kalitesinin savunucusu olarak adlandırdığımızda müşteri sadakatının, hizmet kalitesinin temsilcisi olarak adlandırmak doğru olacaktır.

Hizmet kalitesi bireyin aldığı hizmetin mükemmellik derecesi hakkındaki inanç ve tutumu ile ilgili olduğuna göre, müşteri oluşturmada ve elde tutmada önemli bir birleşendir (Al-Hawari, 2015, s.44). Müşteri sadakatini sağlamak için işletmeler sürekli olarak üstün hizmet kalitesi sunmalıdır (Coetzee, 2013, s.15). Hizmet kalitesi ne kadar yüksek ise, müşterinin davranışsal niyetini olumlu şekilde etkileyerek sadakatin artmasına yol açacaktır. Parasuraman (1998) ve Cronin ark. (1992), hizmet kalitesinin müşteri sadakati üzerinde olumlu etkilediğini ve nihai eyleminin hizmetin kalitesine göre şekilleneceğini dikkat çekmiştir (Solimun ve Fernandes, 2018, s.7). Literatür incelediğinde sağlık sektörü ve farklı sektörler üzerinde yapılan çalışmalar, hizmet kalitesinin müşteri sadakatini doğrudan ve anlamlı bir şekilde etkilediği ifade edilmektedir (Kim ve Lee, 2010, s.4038; Huusain vd., 2015, s.169; Makanyeza ve Chikaze, 2017, s.543; Nyan vd., 2020, s.24; Fatimah vd., 2022, s.529).

Sağlık sunucuları tarafından sunulan hizmetleri kullanan bireyin, beklentilerinin aldığı hizmetten fazla olması sağlık sunucusunu tekrar tercih etme ve çevresindekilere tavsiye etmesi ile sağlık sunucusuna olan sadakatlarını attırabilmekte ve sağlık

sunucusuna daha fazla ücret edemeye razı olabilmektedir (Zeithaml, vd., 1996). Müşteri sadakatının önemli göstergesi olan tavsiye ve yeniden tercih etme, sunulan her sağlık hizmetinin kalite ile sadakatlık arasındaki fonksiyon mekanizmasının pozitif anlamda çalıştığını göstermektedir.

3.5. Müşteri Memnuniyeti ile Müşteri Sadakati Arasındaki İlişki

Hizmet kalitesinin, müşteri sadakati üzerinde doğrudan etkisi olduğu, ancak müşteri memnuniyeti devreye girdiğinde ise hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti aracılığı ile dolaylı olarak hizmet sadakatini etkileyeceği sebebiyle müşteri memnuniyeti müşteri sadakatine aracılık etkisine sahip olma eğilimindedir (Lau vd., 2013, s.263; Nshimiyimana, 2020, s.10; Tee, 2022, s.22).

Müşteri memnuniyeti beklentilerin ne kadar karşılandığının ölçüsü iken, müşteri sadakati ise oluşan bu memnuniyet sonucu müşterinin tekrar niyetini veya satın alma isteğini belirler. Yani, müşteri memnuniyeti müşteri sadakatinden önce gelir (Khan vd., 2020, s.6). Çünkü müşterinin ürün veya hizmetin kalitesine olan inancı, ön beklentisi ve tatmin edici satın alma deneyimi onu sadakate ulaştırır.

Müşteri memnuniyetinin oluşumunda yer alan yüksek kalitenin, müşteriler tarafından iyi bir değer algılanmasına ve sonuç olarak memnun hissetmesine yol açarken piyasa değerinin artmasına yol açar. Bu bağlamda uzun vadeli müşterilerin oluşturulması, sadakatlilerinin uzun vadeli sürdürülmesi için ön koşul olarak memnuniyetin sağlanması gerekmektedir (Leclercq-Machado vd., 2022, s.3). Yani müşteri memnuniyeti ile müşteri sadakati arasında ayrılmaz bir aracılık bağlantısı vardır.

Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe ise hastanın sağlık hizmetlerini kullanımı sonucu oluşan memnuniyet, hastanın sadakatının yordayıcısı olarak karşımıza çıkar. Sağlık sunucuları hasta memnuniyeti ve hasta sadakatinkinin sağlanması için kaliteli sağlık hizmetlerinin boyutlarını belirlemelidir (Meesela ve Paul, 2018, s.264). Sağlık sunucusu için sadakati oluşturmak ise hasta memnuniyetinin düzeyi ile ilgilidir.

4. BÖLÜM

KAMU, ÖZEL VE ŞEHİR HASTANELERİNDE SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ VE MÜŞTERİ SADAKATİ İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ

4.1. Araştırmanın Amacı

Hizmet kalitesi, bireylerin satın alma davranışlarını etkileyen önemli bir parametredir. Hizmet kalitesinin birey tarafından algılanan deneyimi, kuruluş ile birey arasındaki etkileşimi üzerine belirlenir. Bu bağlamda hizmet kalitesi, bireyin etkileşim üzerine kuruluşun mükemmellik kriterlerine göre performans değerlendirmesidir. Müşteri tarafından yapılan değerlendirmelerin toplu ölçüsü ise memnuniyeti oluşturur. Müşteri memnuniyeti ise, kuruluşun başarı anahtarı olarak kabul görür. Çünkü hizmet kalitesi arttıkça müşteri memnuniyeti artar ve kuruluşun hayat seyrinin devamını sağlar. Bu öneminden dolayı işletmeler sıklıkla hizmet kalite değerlendirmeleri yaparak memnuniyeti üst düzeyde tutmayı ve devamlılığını sağlamayı hedeflemişlerdir. Buradan şu anlaşılabılır ki; hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti farklı kavramlarda olsa birbirini tamamlayan iki unsurdur.

Müşteri memnuniyeti, müşteriye elde tutmanın ve sadakatinin sağlanması üzerinde önemli bir rol oynar. Memnuniyet sadakatin başlangıcı ve özüdür. Bu bağlamda müşteri sadakatini tanımlarsak; müşterinin kümülatif pozitif memnuniyeti sonucu tekrardan satın alma davranışını harekete geçiren adımdır. Bireyin bilişsel ve duygusal memnuniyeti sonucu davranışsal tutumuna yansıyan en önemli aşamadır. İşletmelerin pazar ve ekonomik performanslarının üzerinde etkisi olan müşteri sadakati, işletmelerin müşterilerle uzun vadeli ilişkilerini sürdürmeleri için önemli bir kıstastır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel bileşenleri arasında yer alan sağlık bilgi sistemi ile e-sağlık uygulamaları (E-Nabız, MHRS...) hayata geçirilmiştir. Sağlık verilerinin akışının hızlanması, elektronik alanda bireylerin sağlık verilerinin oluşturması, bireylerin verilere hızlı ulaşımı sağlaması ve bireysel olarak hesabını yönetebilmesi amacıyla hayata geçirilen bu uygulamalar ile sağlık hizmetlerinin verimliliğinin ve kalitesinin artması sağlanarak memnuniyetin artırılması amaçlanmıştır. Özellikle Covid-19'un küresel etkileri ile beraber dijital teknolojilerin

bireylerin ve sağlık kuruluşlarının kullanımına sunulması ile hizmet alımını kolaylaştıran e-sağlık, tezin kapsamında farklı bir değişken olarak eklenerek analizi yapılmıştır.

Tezin kapsamında yer alan ve hayati öneme sahip olan hizmet sektörünün en önemli sac ayağı olan sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi zordur. Doğrudan insan hayatının merkezde yer aldığı ve hata oranı kabul etmeyen sağlık hizmetlerinin yüksek kalitede sunulması ve memnuniyetin sağlanması kaçınılmaz sondur. Bu bağlamda sağlıkta hizmet kalitesi, hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirmelerine katkı sağlayan ve hastaların ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir unsur olarak kabul edilir. Tezin amacı, özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile beraber hizmet vermeye başlayan şehir hastaneleri başta olmak üzere kamu ve özel hastanelerde hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatının karşılaştırılarak yapısal eşitlik modeli ile yol analizi yapılarak incelenmesidir.

4.2. Araştırmanın Önemi ve Geçmişi

Sağlık hizmetlerinin sunumunun son yıllardaki değerimini, müşteri odaklı anlayışın önem arz etmesi, sağlık hizmeti tüketicisi konumundaki hastaların beklentilerini değerştirerek kaliteli sağlık hizmeti sunumuna olan talebi arttırmıştır. Özellikle bireyler küresel olarak ortaya çıkan Koronavirüs Hastalığı Salgını (Covid-19) ile artık sağlıklarına daha fazla önem vermekte olup, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteği arayışları da gün ve gün artmıştır. Bu nedenle sağlık hizmeti sağlayan kurumların başında gelen hastanelerin hem kendileri hem de müşterileri için en iyiyi, en kaliteliyi bulma arayışı içine girmeleri ve bunu sürekli kılmaları gerekmektedir. Sağlık hizmet kalitesinin nitelik ve nicelik yönünden belirleyici ve sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve sürdürülebilir kalite açısından mihenk taşı ise müşteri memnuniyetidir. Memnuniyet ise sağlık kuruluşunun var oluş sebebidir. Bu bağlamda hizmet kalitesi, memnuniyet ve sadakatin önemi sağlık kuruluşları için her zaman vazgeçilmezdir.

Türkiye’de sağlık hizmetini sunan kurumlar arasına, kamu ve özel hastanelere ek olarak 2017’den itibaren yeni bir yapı olarak pek çok şehirde inşa edilen şehir hastaneleri eklenerek sağlık hizmetlerinin kalitesini bir üst seviyeye yükseltmek amaçlanmıştır. Bugüne kadar yapılan çalışmalar da yeni bir model olarak karşımıza çıkan şehir hastaneleri, diğer hastane türleri ile hizmet kalitesi, memnuniyet ve sadakat karşılaştırılarak incelenmemiş olup bu alanda ilk çalışma örneği teşkil edecektir.

Son yıllarda gerek yabancı gerekse yerli literatürde sağlık hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati konuları sıklıkla incelenmektedir. Literatürde yer alan geçmiş hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati ile ilgili çalışmalara şu örnekler verilebilir;

- Al-Mhasnah vd. (2018) çalışmasında Ürdün’de hizmet veren sağlık kuruluşundan sağlık hizmeti alan 350 hastadan alınan veriler doğrultusunda hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti etkilediği bulgusuna ulaşmıştır.
- Zaid vd., 2020 çalışmasında algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu bağlamda Filistin’de hizmet veren sağlık kuruluşundan hizmet alan 320 kişiye anket çalışması uygulamıştır. Araştırma sonucunda hizmet kalitesinin memnuniyet üzerinde pozitif yönde etkisi sonucuna ulaşılmıştır.
- Mohammed ve Mahmood (2022) çalışmalarında Musul’da hizmet veren sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerine etkisini belirleyeme çalışmış ve hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulgusuna ulaşmıştır.
- Fatimah vd. (2022) çalışmalarında Endonezya’da hizmet veren sağlık kuruluşunun, hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti ve hasta sadakati üzerindeki etkisini araştırmışlar ve bu etkiyi ortaya koymak için 150 hasta ile görüşmüşlerdir. Araştırma sonucunda hizmet kalitesinin, hasta memnuniyeti üzerinde doğrudan ve hasta sadakati üzerinde ise hem doğrudan hem de dolaylı pozitif etkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Ayrıca literatürde bulunan hastane türlerine göre hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati ile ilgili çalışmalara şu örnekler verilebilir;

- Ataman ve Kurşunluoğlu Yarımoğlu (2018) çalışmasında İzmir ilinde hizmet veren farklı hastane türlerine göre memnuniyetlerini karşılaştırmak için 400 hastaya anket uygulamış ve araştırma sonucunda hastane türlerine göre memnuniyet düzeylerinde farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmıştır.
- Fatima vd. (2018) çalışmalarında Pakistan’ın başkentinde hizmet veren özel sağlık sunucularından sağlık hizmeti alan hastaların algıladığı hizmet

kalitesinin, hasta memnuniyeti ve hasta sadakatini nasıl harekete geçirdiklerini incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda kaliteli sağlık hizmetlerinin hastalar arasında memnuniyet ve sadakat oluşturma eğiliminde olduğunu doğrulamıştır. Hasta sadakati ile hizmet kalitesi arasında pozitif ilişki bulunmuş, hasta memnuniyetinin ise aracılık ettiği bulgularına ulaşılmıştır.

- Javed (2018) çalışmasında Pakistan’da hizmet veren kamu ve özel sağlık sucularında sağlık hizmet kalitesini karşılaştırılmış, SERVQUAL geçerliliğini sorgulanmış, hizmet kalitesinin boyutlarının sağlık sunucuları arasında farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmıştır.
- Meesela ve Paul (2018) çalışmalarında Hindistan Haydarabad’da 40 farklı özel sağlık sunucusundan hizmet alan 180 hastadan alınan veriler doğrultusunda hizmet kalitesinin, hasta memnuniyeti ve hasta sadakati arasındaki ilişkisini incelemiştir. Hizmet kalitesi boyutlarından güvenilirlik ve yanıt verebilirliğin hasta memnuniyetini etkilediği, hasta memnuniyetinin de hasta sadakati ile doğrudan ilişkili olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.
- Anabila vd. (2019) çalışmalarında Ghana’da hizmet veren kamu ve özel sağlık sunucularından hizmet alan 1.236 hastadan alınan veriler doğrultusunda hizmet kalitesinin performans farklılıklarını ortaya koymuş, hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulmuştur. Ayrıca müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Son olarak hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati analiz sonuçlarının özel hastanelerde daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşmışlardır.
- Asnawi vd. (2019) çalışmasında Malezya Terengganu’da hizmet veren kamu hastanelerinin hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve hasta sadakati arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırma sonucunda hasta memnuniyetinin hasta sadakati üzerinde etkisi ve hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti ve hasta sadakati üzerinde doğrudan etkisi bulgusuna ulaşmıştır.
- İbrahim (2020) çalışmasında hizmet kalitesinin hasta memnuniyetini nasıl etkilediğini daha iyi anlamak için Ürdün’de hizmet veren sağlık

sunucularından hizmet alan 336 hastadan toplanan veriler doğrultusunda analizler yapmış, hizmet kalitesinin memnuniyet üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Biçer ve Yurtsal (2021) çalışmalarında Türkiye’de hizmet veren kamu ve şehir hastanelerinin hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerine etkisini belirlemeye çalışmış ve hastaların hizmet kalitesi ve memnuniyet algılarının ortalamaların üstünde olduğunu saptamıştır.
- Aladwan vd. (2021) çalışmasında sağlık hizmeti kalitesinin hasta memnuniyeti ve hasta sadakati üzerindeki etkisinin araştırmıştır. Araştırma sonucunda hizmet kalitesinin hasta sadakati ve hasta memnuniyeti üzerinde doğrudan pozitif bir etkiye sahip olduğunu ve hasta memnuniyetinin ise hizmet kalitesi ile hasta sadakati arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini saptamıştır.
- Almomani vd. (2020) çalışmasında sağlık hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini belirlemek için Ürdün’de kamu hastanelerinden hizmet alan 354 hasta ile görüşülmüş ve yapılan istatistiksel analizler sonucu sağlık hizmet kalitesinin hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bulgularına ulaşılmıştır.

Ayrıca literatürde bulunan yüksek lisans ve doktora tezlerine ise şu örnekler verilebilir;

- İzgi (2018) yüksek lisans tez çalışmasında sağlık sektöründe hizmet kalitesinin faktörlerinin düzeylerini incelemiş ve müşteri sadakatine etkisini araştırmak için İstanbul’da özel bir hastanede 240 hasta ile anket yapmıştır. Araştırma sonucunda sağlık sunucusunun sunmuş olduğu hizmet kalitesinin, hasta sadakatine anlamlı bir etkisi olduğu bulgusuna ulaşmıştır.
- Kıraç (2019) yüksek lisans tez çalışmasında müşteri memnuniyetinin, hizmet kalitesinin en önemli belirleyicisi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda kalitenin vazgeçilmez bir unsur olduğunu, sürekli bir iyileştirme yapılması gerekliliğini savunarak İstanbul’da bir aile sağlığı merkezinde 1.000 hastaya anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda hizmet kalitesi faktörleri arasında demografik özelliklere göre farklılıklar saptanmıştır.

- Aslan (2020) yüksek lisans tez çalışmasında, sağlık hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlamıştır. Bu bağlamda Diyarbakır ilinde özel bir hastaneden hizmet alan 302 hasta ile anket çalışması yapılmış, kaliteli hizmet vermenin amaç haline getirilmesi ve memnuniyetsizliğe yol açan etkenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar yapılması sonucuna ulaşılmıştır.
- Aşar (2020) yüksek lisans tez çalışmasında algılanan hizmet kalitesinin alt boyutlarının, müşteri memnuniyetine etkisini ölçmek için Mardin’de en fazla kapasiteye sahip iki kamu ve iki özel sağlık sunucusunda 400 hasta ile anket çalışması yapmıştır. Araştırma sonucunda hastaların aldıkları hizmetin memnuniyet üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Hajızada (2022) yüksek lisans tez çalışmasında rekabetçi bir pazarda var olmanın temelinde kaliteli mal ve hizmetin olduğunu belirterek beklenen ve algılan hizmet kalitesinin memnuniyet üzerindeki etkisini araştırmak için İstanbul ilinde hizmet veren kamu ve özel bir hastaneden hizmet alan 400 kişiye anket çalışması uygulanmıştır. Araştırma sonucunda hastaların beklentileri ile algıladıkları hizmet arasında farklılıklar tespit edilmiştir.
- Aba (2022) yüksek lisans tez çalışmasında şehir hastanelerinde hizmet kalitesinin hasta memnuniyetine ve hasta sadakatine etkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti ve hasta sadakati üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğuna ve hasta memnuniyetinin hasta sadakati üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı bulgusuna ulaşmıştır.
- Yeşilyurt (2018) doktora tez çalışmasında sağlık işletmesinde algılanan hizmet kalitesi, algılanan risk ve algılanan değer boyutlarının sadakat ve memnuniyet üzerine etkisini araştırmak için Muş Devlet Hastanesi’nden hizmet alan hastalar ile anket çalışması yapmıştır. Araştırma sonucunda algılanan risk ve bu riski oluşturan alt boyutları ile algılanan hizmet kalitesi, algılanan değer, hasta memnuniyeti ve sadakat arasında negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir.
- Yurtsal (2020) doktora tez çalışmasında sağlıklı yaşam kalitesinin göstergesi olan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi ve memnuniyete olan

etkisini araştırmak amacıyla 2 kamu ve 2 üniversite sağlık sunucularından hizmet alan 800 hasta ile anket yapılarak elde edilen veriler doğrultusunda hizmet kalitesi ve memnuniyet algıları ortalamanın üzerinde olduğu bulgularına ulaşılmıştır.

- Bakan (2021) doktora tez çalışmasında, hasta memnuniyetinin artmasında etkili olan hizmet kalitesinin ne derece önemli olduğunu ortaya koymak için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden hizmet alan 600 hastaya anket çalışması uygulanmıştır. Bu araştırma bulgularında elde edilen veriler doğrultusunda memnuniyet düzeylerinin ortaya seviyede olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamında Ankara'da yer alan birer kamu, özel ve şehir hastanesi olmak üzere üç hastane ziyaret edilmiş ve her bir hastanede birbirine yakın 1.000 hastaya ulaşılmıştır. Anket çalışması, Aralık 2021 ve Mayıs 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Türkiye'deki bütün hastanelerin araştırmaya dahil edilememesi, pandeminin seyrinden dolayı hastanelerin pandemi hastanesi olarak ilan edilerek bazı polikliniklerdeki hastalara ulaşılamaması, pandeminin etkisi ile tıbbi personelin hastaların güvenliği için temkinli yaklaşması ve hastaların fazla temasa girmemek için uzak durması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar Türkiye genelini kapsamaz.

4.4. Araştırmanın Metodolojisi

4.4.1. Örneklem Süreci

Araştırmanın ana kütlesini Ankara ilinde hizmet veren kamu, özel ve şehir hastanesinden sağlık hizmeti alan hastalar oluşturmaktadır. Örnekleme yöntemi olarak rassal örneklem yöntemi kullanılmıştır. Anket çalışması 26.11.2021- 28.05.2022 tarihleri arasında Lokman Hekim Etlik Hastanesi, Pursaklar Devlet Hastanesi ve Ankara'da hizmet veren şehir Hastanesinde hizmet veren 31 poliklinikten (Aile Hekimliği, Beyin Sinir Cerrahisi, Cildiye, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Hastalıkları, Dahiliye, Dermatoloji, Endokrinoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Fizik Tedavi, Gastroenteroloji,

Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Hematoloji, İmmunoloji ve Alerji Hastalıkları, K. Doğum, Kalp Cerrahisi, Kalp Damar Hastalıkları, Kardiyoloji, KBB, Nefroloji, Nöroloji Ortopedi, Palyatif Bakım Kliniği, Plastik Cerrahi, Psikiyatri, Romatoloji ve Üroloji) sağlık hizmet alan ayaktan ve yatan 1000 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

4.4.2. Pilot Çalışma

Araştırmada kullanılacak olan anket formu araştırmaya başlamadan önce 3 farklı hastane türünden hizmet alan 140 denek üzerinden gerçekleştirilmiş olup, ankette yer alan soru ve ifadelere dair hastaların görüşleri alınarak test edilmiştir. Bu bağlamda, yapılan düzeltmelerle anket formuna son şekli verilmiştir.

4.4.3. Veri Toplama Yöntem ve Aracı

Anket formunun hazırlanmasını müteakiben T.C. Ufuk Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kuruluna resmi olarak müracaat edilmiş ve izinler alındıktan sonra hastalara anket çalışması başlatılmıştır. Araştırmada veriler yüz yüze anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yer alan sorular, ankete katılan hasta veya hasta yakınının sosyo-demografik özellikleri, öğrenilmesi, sağlık kuruluşunu ziyaret sıklıkları, Covid-19 hastalığı geçirmiş olmaları ve Covid- 19 hastalığı için risk grubunda olan kronik hastalıklardan herhangi birine sahip olmaları ile ilgili 12 soru sorulmuştur.

İkinci bölümde ifadeler ise ayaktan ve yatan hastaların aldıkları sağlık hizmetinin kalitesi, hasta memnuniyeti, sadakati ve e-sağlık ile ilgili sorular sorulmuştur. Araştırmanın daha sağlıklı olması için muayene sonrası hasta ile görüşülmüş ve gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Ankette cevaplayıcılara hizmet kalitesi ölçeğine ait 5 boyuttan oluşan 21 ifade, müşteri sadakatine ait 5 ifade, müşteri memnuniyetine ait 9 ifade ve e-sağlık 9 ifade olmak üzere 44 ifade yöneltilmiştir. Araştırmada yer alan değişkenlere ait hastaların bu ifadelere cevap verebilme dereceleri 5’li likert ölçeği (Kesinlikle Katılmıyorum (1), Kısmen Katılmıyorum (2), Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3), Kısmen Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) kullanılmıştır.

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 23 ve yapısal eşitlik modellemesi için ise IBM SPSS AMOS 23 istatistik programı kullanılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler, doğrulayıcı faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi ve path analizi kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan değişkenler, değişkenlere ait ifadeler ve ifadelerin kaynakları Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 6.
Ölçek Kaynakları

Değişken	İfade	Kaynak
Fiziksel Özellikler	Hastane modern araç – gereç ve teknolojiye sahiptir.	Cronin ve Taylor (1992) Paul ve Meesela (2016) Yeşilyurt (2018)
	Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir.	
	Hastanenin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.	
	Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur.	
Güvenilirlik	Hastane herhangi bir hizmeti belirli bir sürede yapmaya söz verdiğinde sözünü tutmaktadır.	
	Müşteriler herhangi bir sorunla karşılaştıklarında hastane çalışanları sorunları çözmektedir.	
	Hastane güvenilirirdir.	
	Hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunmaktadır.	
	Hastane kayıtların doğru tutulmasında titizlik gösterir.	
Heveslilik	Hastane sunacağı hizmetin zamanını müşterilere söylemektedir.	
	Hastanenin çalışanlarından anında hizmet alınmaktadır.	
	Hastane çalışanları her zaman müşterilerine yardımcı olmaya isteklidirler.	
	Hastane çalışanları müşteri isteklerini aksatacak ölçüde yoğun değildir.	
Güvence	Hastane çalışanlarının davranışları müşterilerde güven uyandırır.	
	Müşteriler bir hastaneden hizmet alırken kendilerini güvende hissederler.	
	Hastanenin çalışanları kibardır.	
	Hastanenin çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir.	
Empati	Hastanenin çalışanları müşterilerine bireysel özen göstermektedir.	
	Hastanenin çalışanları müşterinin özel ihtiyaçlarını anlamaktadır.	
	Hastanenin çalışanları müşteriler ile içtenlikle ilgilenmektedir.	
	Hastanenin tüm müşterilerine uygun olan saatlerde hizmet sunmaktadır.	

Müşteri Sadakati	Çevremdeki insanlara bu hastaneyle ilgili olumlu şeyler söylerim.	Zeithaml vd. (1996), Yeşilyurt (2018)
	Tavsiye isteyen kişilere bu hastaneyi tavsiye ederim.	
	Arkadaşlarımı ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için teşvik ederim.	
	Bu hastane sağlık hizmeti alma konusunda ilk tercih edeceğim yerdir.	
	Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.	
Müşteri Memnuniyeti	Bu hastaneye zorunlu olduğum için gidiyorum.	Oliver (1980) Westbrook ve Oliver (1981) Swan ve Oliver (1989) Sütütemiz (2005) Yeşilyurt (2018)
	Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor.	
	Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.	
	Muayene ücretleri ne kadar yükselirse yükselsin bu hastaneye gelmeye devam ederim.	
	Bu hastanede bir problem yaşarsam başka bir hastaneye giderim.	
	Bu hastane hakkında eş, dost ve akrabalarım olumlu şeyler söylerim.	
	Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyi olduğunu düşünüyorum.	
	Bu hastaneyi seçmekte doğru bir şey yaptığımı düşünüyorum.	
	Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin etmektedir.	
E-Sağlık	İnternet üzerinden sunulan randevu ve/veya laboratuvar sonuç görüntüleme hizmetlerinden memnunum.	Derdıyok (2022) Ünal (2022)
	Sağlık kurumunun internet üzerinden sunmuş olduğu hizmetlerden memnunum.	
	Sağlık kurumunun internet üzerinden sunmuş olduğu hizmetleri her zaman kullanırım.	
	Sağlık kurumundan randevu alırken telefon ile aramayı tercih ederim.	
	Randevularımı kurumun mobil uygulaması üzerinden almayı tercih ederim.	
	Randevularımı kurumun internet sitesi üzerinden almayı tercih ederim.	
	Kurumun internet sitesi sorunsuz bir şekilde çalışmaktadır ve kullanımı kolaydır.	
	Kurumun mobil uygulaması sorunsuz bir şekilde çalışmaktadır ve kullanımı kolaydır.	
	Kurumun internet sitesi bu kurumu tercih etmemde bir etkidir.	
	Kurumun mobil uygulamaları bu kurumu tercih etmemde bir etkidir.	

4.4.4. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

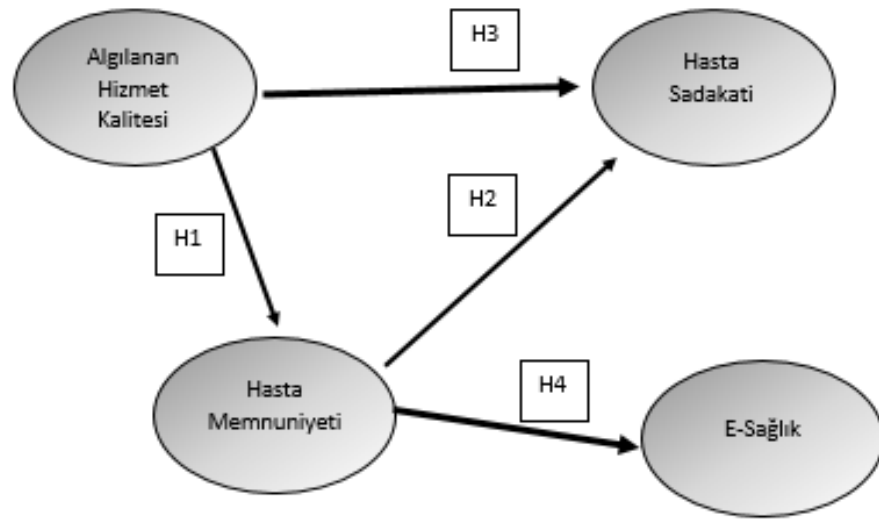
Hizmet sektöründe teknolojik gelişmelerin her geçen gün rekabet şartlarını değiştirmesi nedeniyle işletmeler stratejik işletme planı çerçevesinde odak noktasını tüketicilerin algıladıkları hizmet kalitesine yöneltmişlerdir. Hizmet sektörünün önemli bir kolu olan sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesi, rekabet avantajı ve sürdürülebilirliğin temel unsurlarından birisi olarak literatürde sıklıkla ele alınan konulardan birisidir.

Son yıllarda sağlık alanında yapılan reformlar ve sağlık hizmet sunucularının farklılaşması ile beraber sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için kalite önem arz eden bir konu olmuştur. Zineldin (2006), sağlık sektörünün rekabet edebilirliğini koruyabilmesi için yeni tedavi yöntemlerini ve teknolojilerini yakından izlenmesinin yanı sıra yüksek hizmet kalitesi üzerine artan baskı ile de baş etmek zorunda olduğunu vurgulamaktadır.

Sağlık kuruluşlarının tercih edilebilirliğini arttırmaları için hastaların istek ve beklentileri doğrultusunda sunmuş oldukları hizmetlerin kalitesini attırmak ve hasta memnuniyetlerini sağlamaya yönelik çalışmalar yürütmeleri gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin kalitesindeki artış hastaların memnuniyetlerini ve sağlık kuruluşunu tekrar tercih ve tavsiye etme davranışlarını pozitif yönlü etkilediğinden (Ramez, 2012), sunulan hizmetlerin kalitesi sağlık kuruluşları için önemli bir rekabet üstünlüğü aracı olmaktadır. Bunun yanında artan hizmet kalitesi ise, hasta memnuniyetine yönlendirmede temel olmanın yanında hastanın davranışsal boyut olan hizmeti yeniden alma niyetini, yeniden tercihini ve sadakatini de etkileyen önemli bir unsurdur (Araslı vd., 2008; Padma vd., 2010, Biçer ve Yurtsal, 2021).

Bu bağlamda sağlık sektörü hizmet sunucularının, rekabet üstünlüğü sağlamada hizmet kalitesinin önemli bir yeri olduğunu algılaması gerekmektedir. Özellikle küresel olarak yaşanan Covid-19 salgını ve teknolojik dönüşüm ile birlikte sağlıkta hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve hasta sadakati arasındaki ilişkinin doğru bir şekilde anlaşılması sağlık sektörü hizmet sunucuları için önem arz etmektedir.

Şekil 7’de araştırmanın içeriğini oluşturan değişkenler ve bu değişkenlere ait model yer almaktadır.



Şekil 7. Araştırma Modeli

Hizmet kalitesi, müşteri tarafından algılanan hizmettir. Müşteri memnuniyetini değerlendirme açısından temel ölçü olarak kabul edilir. Ayrılmaz bir ikili olarak değerlendirdiğimizde memnuniyetin sağlanması adına doğru orantılı ilerleyen bir bütün olarak karşımıza çıkar.

Sağlık hizmetlerinin en önemli çıktısı olan hasta memnuniyetinin oluşmasının temelinde ise sağlık sunucularından aldıkları hizmet yatar. Müşterinin yani hastanın sağlık hizmetlerini almadan önce hizmet ile ilgili beklenti ve talepleri oluşur. Bu beklenti ve taleplerin ne ölçüde karşılandığını ve algılandığını hizmet kalitesi göstermektedir (Bakan, 2021, s.20). Sağlık sunucusu ile ilgili hastaların değerlendirmeleri sonucu, hizmet kalitesindeki tatminlik düzeyi, beklenen ve algılanan kalitenin istenen doğrultuda olduğunu ve kaliteli sağlık hizmetinin en önemli çıktısı olan müşteri (hasta) memnuniyetini ortaya çıkarmıştır.

Literatürde yer alan çalışmalarda algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti üzerinde etkili olduğu bulgularına ulaşılan çalışmalar bulunmaktadır (Yeşilyurt, 2018; Al-Mhasnah vd., 2018; Asnawi vd., 2019; Kırac, 2019; Aslan, 2020; Almomani vd, 2020; Zaid vd., 2020; Biçer ve Yurtsal, 2021; Aladwan, 2021; Aba, 2022). Bu kapsamda yapılan tanımlamalar ve çalışmalar doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H₁: *Algılanan hizmet kalitesi hasta memnuniyeti üzerinde etkilidir.*

Hasta memnuniyetinin, hasta sadakati üzerinde etkili olduğunu ifade etmektedir. Hasta sadakati oluşumu ise, müşterinin memnun olması ile gerçekleşir. Cronin ve Taylor (1992, s.58), müşteri memnuniyetini, ürün ve hizmetin tüketim sonucu değerlendirilmesi olarak tanımlamıştır. Değerlendirme sonucu fayda ve memnuniyet ölçüsü, müşteri bağlılığını oluşturacaktır. Chahal ve Mehta'ya göre (2013, s.77) işletmenin pazardaki imajını geliştirmeye ve korumaya yardımcı olan müşteri memnuniyetidir. Müşteri bağlılığı tüketici memnuniyetinin bir fonksiyonudur (Fatima vd., 2018, s.8). Müşteri sadakati, müşteri memnuniyetinin doğrudan bir sonucu olarak kabul edilir (Biscaia vd., 2017).

Sağlık hizmetlerinde ise hastanın memnuniyet sonucu, sağlık sunucusu ile ilişkisini geliştirme ve bunu olumlu olarak başkalarına tavsiye etmesi olarak tanımlanır (Chahal ve Mehta, 2013, s.77). Bu bağlamda hasta memnuniyeti, hasta sadakatini arttırma ve olumlu tavsiyelerde bulunmak olmak üzere iki önemli fayda sağlamaktadır. Bu nedenle müşteri memnuniyeti, müşteri sadakatini arttırmak ve başarıda ivme kazanmak için her kuruluş nazarında önemli bir unsurdur (Zaid vd., 2020, 224).

Literatürde yer alan çalışmalarda hasta memnuniyetinin hasta sadakati üzerinde etkili olduğu bulgularına ulaşılan çalışmalar bulunmaktadır (Meesela ve Paul, 2018; Fatima vd., 2018; Anabila, 2019 Bozkurt ve Tan, 2020, s.11). Bu kapsamda yapılan tanımlamalar ve çalışmalar doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H₂: *Hasta memnuniyeti hasta sadakati üzerinde etkilidir.*

Algılanan hizmet kalitesi hasta sadakati üzerinde etkilidir sonucunu ifade etmektedir. Hizmet kalitesi ile hasta sadakati arasındaki ilişki doğrudan ve dolaylı bir etkiye sahiptir. Sunulan kaliteli hizmet doğrudan hasta sadakatini arttırdığı gibi hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi ile hasta sadakati arasına girerek dolaylı yoldan müşteri sadakatini arttırır (Bou-Llusar vd., 2001, s.725; s. Fatima vd., 2018, s.5).

Yapılan tüm çalışmalar hizmet kalitesi ile hasta sadakatinin önemini vurgulayarak, kalite ile ilgili hizmet sağlayıcıya karşı sadakat duygusunun geliştiği yönündedir (Gong ve Yi, 2018, s.11; Hadi vd., 2019, s.4.) Hizmet kalitesinin alt boyutlarının, hastanın hastaneden tekrardan hizmet alma eğiliminde güçlü bir etkiye sahip olduğunu ve hizmet kalitesinin müşteri sadakatini doğrudan etkilediği bulunmuştur

(Anbori vd., 2010; Pratminingsih, 2018; İzgi, 2018, Aladwan, 2021; Fatimah, 2022; Aba,2022). Bu kapsamda yapılan tanımlamalar ve çalışmalar doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H3: *Hizmet kalitesi hasta sadakati üzerinde etkilidir.*

Hasta memnuniyetinin e-sağlık üzerinde etkisi olduğu ifade edilmektedir. Pandemi dönemiyle birlikte dijitalleşmenin ve e-sağlık okuryazarlığının artması, sağlık sunucularına ait web sitelerinin kullanılabilirliği, randevu sistemlerinin web tabanlı programlar üzerinden alınmasına yönelik yönlendirme hasta memnuniyeti ile e-sağlık arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmıştır. E-sağlık ölçeği literatürde yer almayıp, ilk defa tarafımızca oluşturulmuştur.

Sağlık reformları çerçevesinde uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerinden olan sağlık bilgi sistemlerinin dijitalleştirilmesi ile sağlık hizmeti sunan sunuculardan hizmet alan hasta memnuniyetinin artırılması amaçlanmıştır (Ataklı ve Kaplan, 2016). Bu kapsamda yapılan tanımlamalar ve çalışmalar doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H4: *Hasta memnuniyeti E-sağlık üzerinde etkilidir.*

Hizmet kalite algılarına göre hastane türleri arasında farklılık olduğu ifade edilmektedir. Şehir, kamu ve özel hastaneler tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin ve bu hastane türlerinden sağlık hizmeti alan hastaların kalite algılarına göre değerlendirmeleri farklılık arz edecektir. Literatürde yer alan çalışmalarda hizmet kalitesi algılarına göre hastane türleri arasında farklılık olduğu bulgularına ulaşılan çalışmalar bulunmaktadır (Javed, 2018; Anabila vd., 2019; Biçer ve Yurtsal, 2021). Bu kapsamda yapılan tanımlamalar ve çalışmalar doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H5: *Hizmet kalitesi algılarına göre hastane türleri arasında farklılık vardır.*

Hasta memnuniyet düzeylerine göre hastane türleri arasında farklılık olduğu ifade edilmektedir. Her sağlık sunucusunun sunduğu sağlık hizmetinin de benzerlik göstermemesinden dolayı memnuniyet düzeylerinde farklılık arz edecektir. Literatürde yer alan çalışmalarda hasta memnuniyet düzeylerine göre hastane türleri arasında farklılık olduğu bulgularına ulaşılan çalışmalar bulunmaktadır (Demirer, Bülbül 2014; Ataman ve

Kurşunluoğlu Yarımoğlu,2018). Bu kapsamda yapılan tanımlamalar ve çalışmalar doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H6: *Hasta memnuniyet düzeylerine göre hastane türleri arasında farklılık vardır.*

Hasta sadakati düzeylerine göre hastane türleri arasında farklılık olduğu ifade edilmektedir. Hastaların iyi bir klinikte yaşadığı hasta deneyimi sonrası oluşan hasta sadakatının farklı bakım ve seçenekleri sunan hastane türleri arasında farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çalışmada hasta sadakat düzeylerine göre hastane türleri arasında farklılık olduğu bulgusuna ulaşılan çalışma bulunmaktadır (Anabila vd.,2019). Bu kapsamda yapılan tanımlamalar ve çalışmalar doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H7: *Hasta sadakati düzeylerine göre hastane türleri arasında farklılık vardır.*

E-sağlık kullanım memnuniyetlerine göre hastane türleri arasında farklılık olduğu ifade edilmektedir. Literatür araştırıldığında e-sağlık hizmetlerinin kullanım memnuniyetleri ölçüldüğü çalışmaların yetersiz olduğu gözlenerek ölçek oluşturulmuştur. Literatüre katkı sağlamak amacıyla e- sağlık kullanım memnuniyetlerine göre hastane türleri arasında farklılık arz edeceği ile sürülmüştür. Bu kapsamda yapılan tanımlamalar ve çalışmalar doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H8: *E-sağlık kullanım memnuniyetlerine göre hastane türleri arasında farklılık vardır.*

Hizmet kalitesi algısına göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık olduğu ifade edilmektedir. Risk grubundaki hastaların, Covid-19 gibi olağanüstü pandemi dönemlerinde hizmet aldıkları sağlık kuruluşlarından bekledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesi değişim gösterecektir. Literatürde yer alan çalışmada hizmet kalitesi algısına göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık olduğu bulgusuna ulaşılan çalışma bulunmaktadır (Özden, 2021, s.58). Bu kapsamda yapılan tanımlamalar ve çalışmalar doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H9: *Hizmet kalitesi algısına göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık vardır.*

Memnuniyet düzeylerine göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık olduğu ifade edilmektedir. Covid-19'un etkisi prosedür ve tedavi uyumlarını azaltarak, risk grubu taşıyan hastaların memnuniyetsizliği arttırmakta ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına güven eksikliğine neden olmaktadır. Literatürde yer alan çalışmada Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık olduğu bulgusuna ulaşılan çalışma bulunmaktadır (Deriba vd., 2020, s.1924). Bu kapsamda yapılan tanımlama ve çalışma doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H₁₀: *Memnuniyet düzeylerine göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık vardır.*

Hasta sadakati düzeylerine göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık olduğu ifade edilmektedir. Covid-19 küresel salgınında risk grubunda yer alan hastaların farklı hastane türlerinden aldıkları sağlık hizmetleri sonucu oluşan memnuniyet düzeyine göre hastaların sadakat düzeyleri değişim göstermektedir. Bu kapsamda yapılan tanımlama doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H₁₁: *Hasta sadakatine göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık vardır.*

E-sağlık kullanımına göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık olduğu ifade edilmektedir. Hastane türlerinin internet üzerinden sunmuş olduğu hizmetleri, internet sitesinin çalışma durumu ve mobil uygulamalarının hastalar tarafından kullanımının farklılık arz edecektir. Bu kapsamda yapılan tanımlama doğrultusunda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur.

H₁₂: *E-sağlık kullanımına göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık vardır.*

4.5. Verilerin Analizi

Çalışma 1000 denek üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS 23 programlarına aktararak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Hastane

türleri arasında ölçümler bakımından fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır.

4.5.1. Katılımcıların Demografik Dağılımı ve Frekans Analizi

Bu bölümde araştırma anketinin 1. bölümünde yer alan demografik sorulara cevap veren katılımcıların demografik özellikleri Tablo 7’de gösterilmektedir. Demografik olarak hasta/hasta yakını, ayaktan/yatan, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, meslek, gelir, hastane türü, sağlık kuruluşuna ilk kez mi geliyorsunuz, Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan kronik hastalıklardan herhangi birine sahip misiniz ve Covid-19 hastalığı geçirdiniz mi gibi sorulara cevap vermiştir.

Tablo 7.
Araştırmaya Katılan Cevaplayıcıların Demografik Özellikleri

		N	%
Hasta/Hasta yakını	Hasta	814	81,4
	Hasta yakını	186	18,6
Ayaktan/Yatan	Ayaktan	858	85,8
	Yatan	142	14,2
Cinsiyet	Kadın	597	59,7
	Erkek	403	40,3
Yaş	<20	51	5,1
	20-29	174	17,4
	30-39	227	22,7
	40-49	228	22,8
	50-59	166	16,6
	>60	154	15,4
Medeni Durum	Evli	705	70,5
	Bekar	295	29,5
Eğitim Durumu	İlköğretim	259	25,9
	Lise	305	30,5
	Önlisans	127	12,7
	Lisans	244	24,4
	Lisansüstü	56	5,6
	Doktora	9	0,9
Sosyal Güvence Durumu	Yok	20	2,0
	SGK	651	65,1
	Emekli	272	27,2
	Yeşilkart	19	1,9
	Özel sağlık sigortası	32	3,2
	Ücretli	6	0,6
Meslek	Çalışmıyorum	313	31,3
	Memur	176	17,6
	İşçi	191	19,1
	Serbest meslek	87	8,7
	Emekli	180	18,0
	Diğer	53	5,3
Gelir	<2500TL	138	13,8
	2500-4449TL	388	38,8
	4500-6499TL	232	23,2
	6500-9999TL	177	17,7
	>10000TL	65	6,5
Hastane Türü	Şehir Hastanesi	340	34,0
	Kamu Hastanesi	336	33,6
	Özel Hastane	324	32,4
Bu sağlık kuruluşuna ilk kez mi geliyorsunuz	Evet	492	49,2
	Hayır	508	50,8
Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan kronik hastalıklardan herhangi birine sahip misiniz	Evet	299	29,9
	Hayır	701	70,1
Covid-19 Hastalığı Geçirdiniz mi	Evet	457	45,7
	Hayır	543	54,3

Tablo 7’de görüldüğü gibi katılımcıların %81,4’ü hasta, %85,8’i ayaktan tedavi görmekte, %59,7’si kadın, %15,4’ü 60 yaş üstü, %70,5’i evli, %%30,5’i lise mezunu,

%65,1'inin sosyal güvencesi SGK, %31,3'ü çalışmamakta, %38,8'inin geliri 2500-4449TL arasında, %34,0'ü şehir hastanesinde, %33,6'sı kamu hastanesinde, %32,4'ü özel hastanede, %49,2'si bu sağlık kuruluşuna ilk kez gelmekte, %29,9'u Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan kronik hastalıklardan herhangi birine sahip ve %45,7'si Covid-19 hastalığı geçirmiştir.

4.5.2. Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Test Edilmesi

Araştırma modelinde yer alan değişkenler hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti, müşteri sadakati ve e-sağlıktır. Araştırmada bu değişkenlerin öncelikli olarak her biri için açılımlayıcı faktör analizine sonra doğrulayıcı faktör analizi yapılarak modelin path analizi uygulanmıştır.

4.5.2.1. Hizmet Kalitesi Değişkeninin Test Edilmesi

Katılımcılara sunulan anket formunda hizmet kalitesine ait ifadeler ve bu ifadelere atanan kodlar Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8.
Hizmet Kalitesi Değişkenine Ait İfadeler ve İfadelere Atanan Kod Tablosu

Değişken	No	İfade
Fiziksel Özellikler	F1	Hastane modern araç – gereç ve teknolojiye sahiptir.
	F2	Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir.
	F3	Hastanenin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.
	F4	Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur.
Fiziksel Olmayan Özellikler	F6	Müşteriler herhangi bir sorunla karşılaştıklarında hastane çalışanları sorunları çözmektedir.
	F9	Hastane kayıtların doğru tutulmasında titizlik gösterir.
	F10	Hastane sunacağı hizmetin zamanını müşterilere söylemektedir.
	F11	Hastanenin çalışanlarından anında hizmet alınmaktadır.
	F12	Hastane çalışanları her zaman müşterilerine yardımcı olmaya isteklidirler.
	F14	Hastane çalışanlarının davranışları müşterilerde güven uyandırır.
	F16	Hastanenin çalışanları kibardır.
	F21	Hastanenin tüm müşterilerine uygun olan saatlerde hizmet sunmaktadır.

4.5.2.1.1. Hizmet Kalitesi Değişkeninin Açımlayıcı Faktör Analizi

Araştırmada katılımcıların hizmet kalitesinin fiziksel özellikler ve fiziksel olmayan özelliklerle ölçülüp ölçülemeyeceğini test etmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Bu kapsamda 1000 kişi ile hizmet kalitesini ölçecek bir ölçek oluşturmak amacıyla yapılmış olan çalışmada veriler IBM SPSS Statistic 23 programına aktarılmıştır. Bu veri setine öncelikle açımlayıcı faktör analizi uygulanmış ve faktör çıkarma yöntemi olarak “Temel Bileşenler Yöntemi” tercih edilmiştir. Faktör sayısına ilişkin bir sınırlandırma getirilmiştir ve tek faktörde oluşturulması sağlanmıştır. Faktör yükü olarak 0,500 üzerindeki ifadeler yer verilmiştir. Hizmet kalitesi değişkenine ait KMO ve Bartlett sonuçları Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9.
Hizmet Kalitesi Değişkenine Ait KMO ve Bartlett Sonuçları

Kasiyer Meyer Olkin (KMO)		0,956
	X ²	12526,798
Bartlett Sphericity Testi	Sd	66
	P	0,000*

*:p<0,05

Tablo 9’a göre Kasiyer Meyer Olkin (KMO) değerinin 0,956 olduğu bulunmuştur. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (X²:12526,798, sd:66, p<0,001).

Uygulanan faktör analizi sonucunda 21 olan madde sayısı 12’ye düşmüştür. Bu 12 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda iki faktörde toplandığı ve bütün faktör yüklerinin 0,500’ün üstünde olduğu görülmüştür. Bu iki faktöre ait açıklama oranı, maddelerin dağılımı ve faktör yükleri aşağıda Tablo 10’da yer verilmiştir.

Tablo 10.
Hizmet Kalitesi Değişkenine Ait İfadelerin Faktörleri

Ölçek	Sorular	Yükler	Varyans Açıklama Oranı	Özdeğeri
Fiziksel olmayan özellikler	F6	0,781	48,257	5,791
	F9	0,778		
	F10	0,827		
	F11	0,857		
	F12	0,837		
	F14	0,795		
	F16	0,811		
Fiziksel özellikler	F21	0,810	32,057	3,847
	F1	0,840		
	F2	0,887		
	F3	0,834		
	F4	0,844		

Hizmet kalitesinin fiziksel özellikler alt boyutu toplam varyansın %32,057'sini, fiziksel olmayan özellikler (Güvenilirlik, heveslilik, empati ve güven) alt boyutu toplam varyansın %48,257'sini ve hizmet kalitesi ölçeği toplam varyansın %80,314'ünü açıklamaktadır. Öz değerler faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır. Bu toplamlar her boyut için 1'den büyük olması bu boyut altında toplanan soruların birlikte bu boyutu açıklayabilmek için yeterli olduğunun göstergesidir. Fiziksel özellikler alt boyutuna ait öz değer 3,847 ve fiziksel olmayan özellikler (Güvenilirlik, heveslilik, empati ve güven) alt boyutuna ait öz değer 5,791 olduğu görülmektedir.

4.5.2.1.2. Hizmet Kalitesi Değişkeninin Doğrulayıcı Faktör Analizi

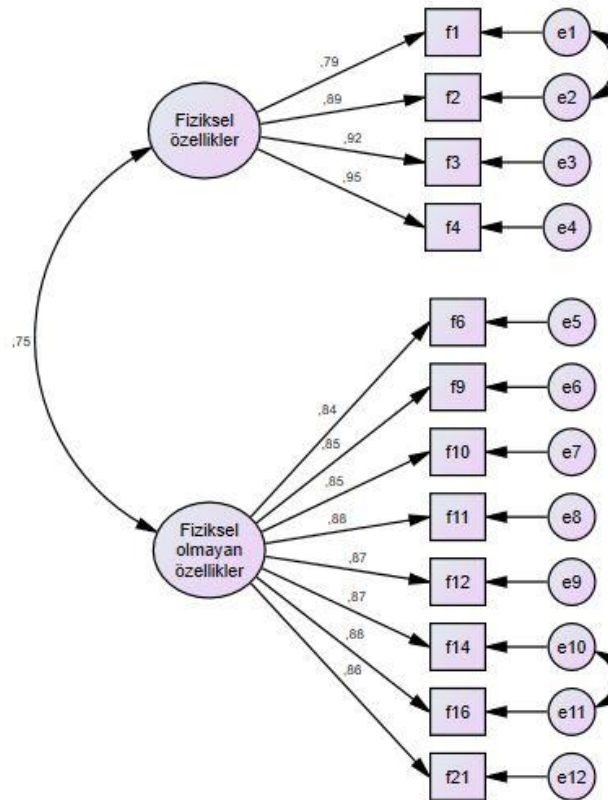
1000 denek sayısına sahip veri setine doğrulayıcı faktör analizi IBM SPSS AMOS 23 programı ile uygulanmıştır.

İlk aşamada, iki faktör-boyutun gizil bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 8'de oluşturulmuştur. Gizil değişken, metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek amacıyla gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1

değeri atanması (faktör yükünün 1'e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair vd., 2005, s.791).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanılmıştır. Gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi yapısal eşitlik modeli aracılığıyla uygulandığından en büyük benzerlik yöntemi (maximum-likelihood method) ile birlikte doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda açımlayıcı faktör analizi sonuçları ile doğrulayıcı faktör analizi sonuçları tutarlı olacaktır (Doğan, 2017: s.75)

Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek “modification indices” değerine sahip olan hizmet kalitesi ölçeğindeki “f1” ve “f2”, “f14” ve “f16” sorularının hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kurulmuştur. Hizmet kalitesi değişkeninin fiziksel özellikler ve fiziksel olmayan özelliklere (güvenilirlik, heveslilik, empati ve güven) ait iki boyutlu 1.dereceden doğrulayıcı faktör analiz modeli Şekil 8’de gösterilmektedir.



Şekil 8. Hizmet Kalitesi İki Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli

Son aşamada ise iki boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri Tablo 11’de incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, hizmet kalitesi ölçeğinin 12 ifadeden oluşan iki faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir.

Tablo 11.
Hizmet Kalitesi Değişkenine Ait Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	4,990
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,961
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,980
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,984
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,984
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,063
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,022

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında χ^2/df , GFI, NFI, IFI, CFI ve RMSEA, SRMR değerlerinin iyi olduğu (Meydan ve Şeşen, 2011: 37; Hu ve Bentler, 1999: 27; Tabachnick ve Fidell, 2001: 699-700) görülmektedir. Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında hizmet kalitesi ölçeğinin kabul edilebilir olduğu söylenebilir.

Hizmet kalitesi değişkenine ait standart regresyon katsayıları Tablo 12’de yer almaktadır. P değerlerinin anlamlı olduğu ve standart regresyon katsayılarının minimum 0,795 ile maximum 0,946 arasında olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 12.
Hizmet Kalitesi Değişkenine Ait Standart Regresyon Katsayıları

			Standart Regresyon Katsayıları
F1	←	Fiziksel özellikler alt boyutu	0,795*
F2	←	Fiziksel özellikler alt boyutu	0,892*
F3	←	Fiziksel özellikler alt boyutu	0,918*
F4	←	Fiziksel özellikler alt boyutu	0,946*
F6	←	Fiziksel olmayan özellikler alt boyutu	0,837*
F9	←	Fiziksel olmayan özellikler alt boyutu	0,849*
F10	←	Fiziksel olmayan özellikler alt boyutu	0,851*
F11	←	Fiziksel olmayan özellikler alt boyutu	0,878*
F12	←	Fiziksel olmayan özellikler alt boyutu	0,871*
F14	←	Fiziksel olmayan özellikler alt boyutu	0,870*
F16	←	Fiziksel olmayan özellikler alt boyutu	0,875*
F21	←	Fiziksel olmayan özellikler alt boyutu	0,862*

*: $p < 0,05$

4.5.2.2. Müşteri Memnuniyeti Değişkeninin Test Edilmesi

Katılımcılara sunulan anket formunda müşteri (hasta) memnuniyetine ait ifadeler ve bu ifadelere atanan kodlar Tablo 13’de yer almaktadır.

Tablo 13.
Müşteri Memnuniyeti Değişkenine Ait İfadeler ve İfadelere Atanan Kod Tablosu

Değişken	No	İfade
Müşteri Memnuniyeti	M3	Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.
	M6	Bu hastane hakkında eş, dost ve akrabalarım olumlu şeyler söylerim.
	M7	Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyi olduğunu düşünüyorum.
	M8	Bu hastaneyi seçmekte doğru bir şey yaptığımı düşünüyorum.
	M9	Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin etmektedir.

4.5.2.2.1. Müşteri Memnuniyeti Değişkeninin Açımlayıcı Faktör Analizi

Araştırmada katılımcıların müşteri memnuniyeti değişkenine ait ifadelerle ölçülüp ölçülemeyeceğini test etmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

1000 kişi ile müşteri memnuniyetini ölçecek bir ölçek oluşturmak amacıyla yapılmış olan çalışmada veriler IBM SPSS Statistic 23 programına aktarılmıştır. Bu veri setine öncelikle açımlayıcı faktör analizi uygulanmış ve faktör çıkarma yöntemi olarak “Temel Bileşenler Yöntemi” tercih edilmiştir. Faktör sayısına ilişkin bir sınırlandırma getirilmiştir ve tek faktörde oluşturulması sağlanmıştır. Faktör yükü olarak 0,500 üzerindeki ifadelerin yer alması kabul edilmiştir.

Müşteri memnuniyeti değişkenine ait KMO ve Bartlett sonuçları Tablo 14’te gösterilmektedir.

Tablo 14.
Müşteri Memnuniyeti Değişkenine Ait KMO ve Bartlett Sonuçları

Kasiyer Meyer Olkin (KMO)		0,894
	X ²	5714,053
Bartlett Sphericity Testi	Sd	10
	P	0,000*

*:p<0,05

Tablo 14’e göre, Kasiyer Meyer Olkin (KMO) değerinin 0,894 olduğu bulunmuştur. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (X²:5714,053, sd:10, p<0,001).

Uygulanan faktör analizi sonucunda 9 olan madde sayısı 4’e düşmüştür. Bu 4 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda tek faktörde toplandığı ve bütün faktör yüklerinin 0,400’ün üstünde olduğu görülmüştür. Bu tek faktöre ait açıklama oranı, maddelerin dağılımı ve faktör yükleri aşağıda Tablo 15’te yer verilmiştir.

Tablo 15.
Müşteri Memnuniyeti Değişkenine Ait İfadelerin Faktörleri

Ölçek	Sorular	Yükler	Varyans Açıklama Oranı	Özdeğeri
Müşteri Memnuniyeti	M3	0,911	85,068	4,253
	M6	0,914		
	M7	0,880		
	M8	0,953		
	M9	0,951		

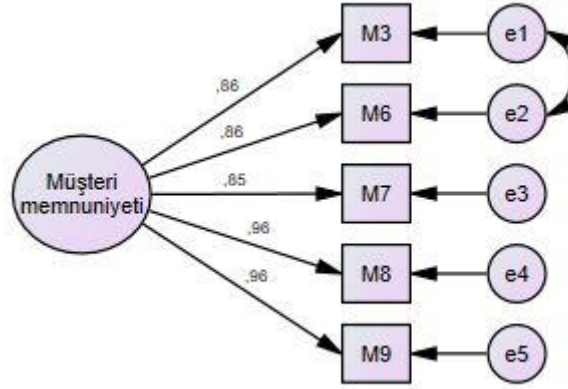
Müşteri memnuniyeti ölçeği toplam varyansın %85,068'ini açıklamaktadır. Öz değerler faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır. Bu toplamların her boyut için 1'den büyük olması bu boyut altında toplanan soruların birlikte bu boyutu açıklayabilmek için yeterli olduğunun göstergesidir. Müşteri memnuniyeti ölçeğine ait öz değerin 4,253 olduğu görülmektedir.

4.5.2.2.2. Müşteri Memnuniyeti Değişkeninin Doğrulayıcı Faktör Analizi

1000 denek sayısına sahip veri setine doğrulayıcı faktör analizi IBM SPSS AMOS 23 programı ile uygulanmıştır.

İlk aşamada, iki faktör-boyutun gizil bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 9'da oluşturulmuştur. Gizil değişken, metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek amacıyla gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1'e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair vd., 2005, s.791).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanılmış, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek “modification indices” değerine sahip olan müşteri memnuniyeti ölçeğindeki “m3” ve “m6” sorularının hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kurulmuştur.



Şekil 9. Müşteri Memnuniyeti Tek Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli

Son aşamada ise tek boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri Tablo 16’da incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, müşteri memnuniyeti ölçeğinin 8 ifadeden oluşan tek faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir.

Tablo 16.
Müşteri Memnuniyeti Değişkenine Ait Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	3,492
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,994
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,998
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,998
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,998
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,050
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,007

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , GFI, NFI, IFI, CFI ve SRMR değerlerinin iyi olduğu (Meydan ve Şeşen, 2011: 37; Hu ve Bentler, 1999: 27; Tabachnick ve Fidell, 2001: 699-700) görülmektedir. Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında müşteri memnuniyeti ölçeğinin kabul edilebilir olduğu söylenebilir.

Müşteri memnuniyeti değişkenine ait standart regresyon katsayıları Tablo 17’de yer almaktadır. P değerlerinin anlamlı olduğu ve standart regresyon katsayılarının minimum 0,852 ile maximum 0,958 arasında olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 17.
Müşteri Memnuniyeti Değişkenine Ait Standart Regresyon Katsayıları

			Standart Regresyon Katsayıları
M3	←	Müşteri memnuniyeti ölçeği	0,856*
M6	←	Müşteri memnuniyeti ölçeği	0,863*
M7	←	Müşteri memnuniyeti ölçeği	0,852*
M8	←	Müşteri memnuniyeti ölçeği	0,958*
M9	←	Müşteri memnuniyeti ölçeği	0,955*

*:p<0,05

4.5.2.3. Müşteri Sadakati Değişkeninin Test Edilmesi

Müşteri sadakati değişkeninin alt boyutu bulunmamaktadır. Katılımcıların, çevredeki sağlık sunucularına olumlu- olumsuz şeyler söylemeleri, sağlık sunucusunun tavsiye edilip edilmediğini, sağlık hizmeti alan kişilerin, aynı sağlık sunucusundan hizmet almaları için başkalarını teşvik etmesi, sağlık hizmeti alma konusunda ilk tercih edilecek yer olması ve gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam etme konusundaki bilgileri ifade etmektedir. Bu kapsamda katılımcılara sunulan anket formunda müşteri sadakatine ait ifadeler ve bu ifadelere atanan kodlar Tablo 18’de yer almaktadır.

Tablo 18.
Müşteri Sadakati Değişkenine Ait İfadeler ve İfadelere Atanan Kod Tablosu

Müşteri Sadakati	S1	Çevremdeki insanlara bu hastaneyle ilgili olumlu şeyler söylerim.
	S2	Tavsiye isteyen kişilere bu hastaneyi tavsiye ederim.
	S3	Arkadaşlarımı ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için teşvik ederim.
	S4	Bu hastane sağlık hizmeti alma konusunda ilk tercih edeceğim yerdir.
	S5	Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.

4.5.2.3.1. Müşteri Sadakati Değişkeninin Açımlayıcı Faktör Analizi

Araştırmada katılımcıların müşteri memnuniyeti değişkenine ait ifadelerle ölçülüp ölçülemeyeceğini test etmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

1000 kişi ile müşteri sadakatini ölçecek bir ölçek oluşturmak amacıyla yapılmış olan çalışmada veriler IBM SPSS Statistic 23 programına aktarılmıştır. Bu veri setine öncelikle açımlayıcı faktör analizi uygulanmış ve faktör çıkarma yöntemi olarak “Temel Bileşenler Yöntemi” tercih edilmiştir. Faktör sayısına ilişkin bir sınırlandırma getirilmiştir ve tek faktörde oluşturulması sağlanmıştır. Faktör yükü olarak 0,500 üzerindeki ifadelerin yer alması kabul edilmiştir.

Müşteri sadakati değişkenine ait KMO ve Bartlett sonuçları Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 19.
Müşteri Sadakati Değişkenine Ait KMO ve Bartlett Sonuçları

Kasiyer Meyer Olkin (KMO)		0,893
	X ²	8987,907
Bartlett Sphericity Testi	Sd	10
	P	0,000*

*:p<0,05

Tablo 19’a göre, Kasiyer Meyer Olkin (KMO) değerinin 0,893 olduğu bulunmuştur. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (X²:8987,907, sd:10, p<0,001).

Uygulanan faktör analizi sonucunda 5 olan madde sayısı sabit kalmıştır. Bu 5 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda tek faktörde toplandığı ve bütün faktör yüklerinin 0,400’ün üstünde olduğu görülmüştür. Bu tek faktöre ait açıklama oranı, maddelerin dağılımı ve faktör yükleri aşağıda Tablo 20’de yer verilmiştir.

Tablo 20.
Müşteri Sadakati Değişkenine Ait İfadelerin Faktörleri

Ölçek	Sorular	Yükler	Varyans Açıklama Oranı	Özdeğeri
Müşteri Sadakati	S1	0,966	92,633	4,632
	S2	0,975		
	S3	0,979		
	S4	0,947		
	S5	0,944		

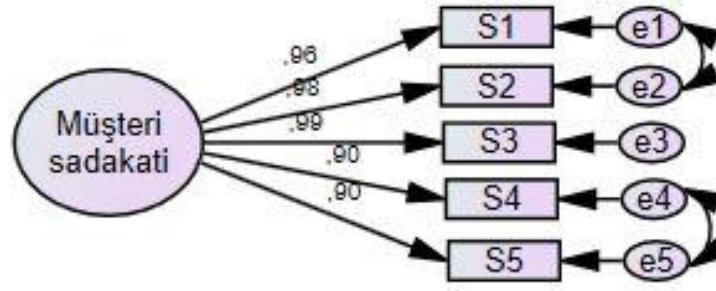
Müşteri sadakati ölçeği toplam varyansın %92,633'ünü açıklamaktadır. Öz değerler faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır. Bu toplamların her boyut için 1'den büyük olması, bu boyut altında toplanan soruların bu boyutu açıklayabilmek için yeterli olduğunun göstergesidir. Müşteri sadakati ölçeğine ait öz değerin 4,632 olduğu görülmektedir.

4.5.2.3.2. Müşteri Sadakati Değişkeninin Doğrulayıcı Faktör Analizi

1000 denek sayısına sahip veri setine doğrulayıcı faktör analizi IBM SPSS AMOS 23 programı ile uygulanmıştır.

İlk aşamada, iki faktör-boyutun gizil bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 10'da oluşturulmuştur. Gizil değişken, metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek amacıyla gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1'e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair vd., 2005, s.791).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanılmış, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek "modification indices" değerine sahip olan müşteri memnuniyeti ölçeğindeki "s1" ve "s2", "s4" ve "s5" sorularının hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kurulmuştur.



Şekil 10. Müşteri Sadakati Tek Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli

Son aşamada ise tek boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri Şekil 10'da incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, müşteri sadakati ölçeğinin 5 ifadeden oluşan tek faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir.

Tablo 21.
Müşteri Sadakati Değişkenine Ait Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	3,289
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,996
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,999
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,999
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,999
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,048
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,002

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , GFI, NFI, IFI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin iyi olduğu (Meydan ve Şeşen, 2011: 37; Hu ve Bentler, 1999: 27; Tabachnick ve Fidell, 2001: 699-700) görülmektedir. Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında müşteri sadakati ölçeğinin kabul edilebilir olduğu söylenebilir.

Müşteri Sadakati değişkenine ait standart regresyon katsayıları Tablo 22'de yer almaktadır. P değerlerinin anlamlı olduğu ve standart regresyon katsayılarının minimum 0,903 ile maximum 0,991 arasında olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 22.
Müşteri Sadakati Değişkenine Ait Standart Regresyon Katsayıları

			Standart Regresyon Katsayıları
Madde 1	←	Müşteri sadakati ölçeği	0,962*
Madde 2	←	Müşteri sadakati ölçeği	0,975*
Madde 3	←	Müşteri sadakati ölçeği	0,991*
Madde 4	←	Müşteri sadakati ölçeği	0,903*
Madde 5	←	Müşteri sadakati ölçeği	0,903*

*: $p < 0,05$

4.5.2.4. E- Sağlık Değişkeninin Test Edilmesi

Sağlık bilişimini, iletişim teknolojilerini kullanarak sağlık hizmetlerine uygulayarak verimliliğini arttırmak ve sağlık bakımı kapsamının genişletilmesi için e-sağlık uygulamalarının kullanılabilirliği ve kullanıcılar tarafından kabul edilebilirliği önemli bir konu olarak arz etmektedir. Bu bağlamda ulusal sağlık hizmeti çerçevesinde sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alan E-Nabız, MHRS dijital sistemlerin toplumsal olarak kabul edilebilirliğini ve kullanılabilirliğini ölçecek bir ölçek geliştirerek katılımcılar tarafından değerlendirilmesi istenmiştir.

Katılımcıların sağlık sunucusunun internet üzerinden sunmuş olduğu hizmetlerden memnun olmaları, sağlık hizmeti aldıkları sağlık sunucularının internet sitesinin sorunsuz bir şekilde çalışma ve kullanım kolaylığı ile sağlık sunucusunun mobil uygulamasının sorunsuz çalışması ve kullanım kolaylığı hakkındaki bilgileri ifade etmektedir. Bu kapsamda katılımcılara sunulan anket formunda e-sağlığa ait ifadeler ve bu ifadelere atanan kodlar Tablo 23’de yer almaktadır.

Tablo 23.
E- Sağlık Değişkenine Ait İfadeler ve İfadelere Atanan Kod Tablosu

E-Sağlık	E2	Sağlık kurumunun internet üzerinden sunmuş olduğu hizmetlerden memnunum.
	E7	Kurumun internet sitesi sorunsuz bir şekilde çalışmaktadır ve kullanımı kolaydır.
	E8	Kurumun mobil uygulaması sorunsuz bir şekilde çalışmaktadır ve kullanımı kolaydır.

4.5.2.4.1. E- Sağlık Değişkeninin Açımlayıcı Faktör Analizi

Araştırmada katılımcıların e-sağlık değişkenine ait ifadelerle ölçülüp ölçülemeyeceğini test etmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

1000 kişi ile e-sağlığı ölçecek bir ölçek oluşturmak amacıyla yapılmış olan çalışmada veriler IBM SPSS Statistic 23 programına aktarılmıştır. Bu veri setine öncelikle açımlayıcı faktör analizi uygulanmış ve faktör çıkarma yöntemi olarak “Temel Bileşenler Yöntemi” tercih edilmiştir. Faktör sayısına ilişkin bir sınırlandırma getirilmiştir ve tek faktörde oluşturulması sağlanmıştır. Faktör yükü ise 0,500 üzerindeki ifadelerin yer alması sağlanmıştır. E-sağlık değişkenine ait KMO ve Bartlett sonuçları Tablo 24’te gösterilmektedir.

Tablo 24.
E- Sağlık Değişkenine Ait KMO ve Bartlett Sonuçları

Kasiyer Meyer Olkin (KMO)		0,740
	X ²	2915,878
Bartlett Sphericity Testi	Sd	3
	P	0,000*

*:p<0,05

Tabloya göre, Kasiyer Meyer Olkin (KMO) değerinin 0,740 olduğu bulunmuştur. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olacağı görülmektedir. Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (x²:2915,878, sd:3, p<0,001).

Uygulanan faktör analizi sonucunda 10 olan madde sayısı 3’e düşmüştür. Bu üç maddenin kapsam geçerliliği sonucunda tek faktörde toplandığı ve bütün faktör yüklerinin 0,500’ün üstünde olduğu görülmüştür. Bu tek faktöre ait açıklama oranı, maddelerin dağılımı ve faktör yükleri aşağıda Tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 25.
E-Sağlık Değişkenine Ait İfadelerin Faktörleri

Ölçek	Sorular	Yükler	Varyans Açıklama Oranı	Özdeğeri
E-sağlık ölçeği	E2	0,922	89,556	2,687
	E7	0,965		
	E8	0,952		

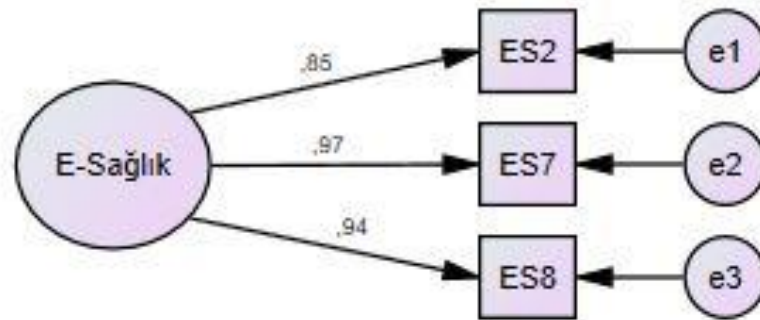
E-sağlığı ölçeği toplam varyansın %89,556'sını açıklamaktadır. Öz değerler faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır. Bu toplamlar her boyut için 1'den büyük olması bu boyut altında toplanan soruların birlikte bu boyutu açıklayabilmek için yeterli olduğunun göstergesidir. E-sağlık ölçeğine ait öz değerin 2,687 olduğu görülmektedir.

4.5.2.4.2. E-Sağlık Değişkeninin Doğrulayıcı Faktör Analizi

1000 denek sayısına sahip veri setine doğrulayıcı faktör analizi IBM SPSS AMOS 23 programı ile uygulanmıştır.

İlk aşamada, tek faktör-boyutun gizil bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 11'de oluşturulmuştur. Gizil değişken, metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek amacıyla gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1'e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair vd., 2005: 791).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanılmıştır. Gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır.



Şekil 11. E-Sağlık Tek Boyutlu 1. Dereceden DFA Modeli

Son aşamada ise tek boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri Tablo 26'da incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, E-sağlık

ölçeğinin 3 ifadeden oluşan tek faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir.

Tablo 26.
E-Sağlık Değişkenine Ait Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	2,404
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,998
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,999
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	1,000
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	1,000
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,037
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,002

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , GFI, NFI, IFI, CFI ve SRMR değerlerinin iyi olduğu (Meydan ve Şeşen, 2011: 37; Hu ve Bentler, 1999: 27; Tabachnick ve Fidell, 2001: 699-700) görülmektedir. Genel olarak uyum indekslerine bakıldığında E-sağlık ölçeğinin kabul edilebilir olduğu söylenmelidir.

E-Sağlık değişkenine ait standart regresyon katsayıları Tablo 27’de yer almaktadır. P değerlerinin anlamlı olduğu ve standart regresyon katsayılarının minimum 0,852 ile maximum 0,970 arasında olduğu gözlemlenmiştir

Tablo 27.
E-Sağlık Değişkenine Ait Standart Regresyon Katsayıları

			Standart Regresyon Katsayıları
E2	←	E-sağlık ölçeği	0,852*
E7	←	E-sağlık ölçeği	0,970*
E8	←	E-sağlık ölçeği	0,936*

*: $p < 0,05$

Araştırmaya ait yapıların geçerliliği ve güvenilirliği için her bir değişken için CR, AVE ve Cronbah Alfa değerleri aşağıda Tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28.
Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

			Standart Katsayılar	R ²	CR	AVE	Cronbach Alfa
f1	←	Fiziksel	0,818	0,668			
f2	←	Fiziksel	0,907	0,822			
f3	←	Fiziksel	0,914	0,835	0,942	0,803	0,960
f4	←	Fiziksel	0,940	0,883			
f6	←	Fiziksel olmayan	0,829	0,687			
f9	←	Fiziksel olmayan	0,846	0,716			
f10	←	Fiziksel olmayan	0,843	0,711			
f11	←	Fiziksel olmayan	0,873	0,763			0,960
f12	←	Fiziksel olmayan	0,864	0,747	0,959	0,744	
f14	←	Fiziksel olmayan	0,886	0,784			
f16	←	Fiziksel olmayan	0,885	0,782			
f21	←	Fiziksel olmayan	0,872	0,760			
M3	←	Müşteri memnuniyeti	0,891	0,794			
M6	←	Müşteri memnuniyeti	0,905	0,818			
M7	←	Müşteri memnuniyeti	0,834	0,695	0,957	0,817	0,954
M8	←	Müşteri memnuniyeti	0,944	0,892			
M9	←	Müşteri memnuniyeti	0,940	0,884			
S1	←	Müşteri sadakati	0,972	0,944			
S2	←	Müşteri sadakati	0,983	0,967			
S3	←	Müşteri sadakati	0,983	0,966	0,979	0,902	0,990
S4	←	Müşteri sadakati	0,905	0,820			
S5	←	Müşteri sadakati	0,901	0,811			
ES2	←	E-Sağlık hizmetleri	0,851	0,725			
ES7	←	E-Sağlık hizmetleri	0,974	0,948	0,943	0,847	0,942
ES8	←	E-Sağlık hizmetleri	0,932	0,868			

CR:Composite reliability, AVE:Average variance extracted

Tablo 28 incelendiğinde her bir değişken için AVE, CR ve Cronbach Alpha (CA), değerlerine yer verilmiştir. Yapısal eşitlik modellemesinde araştırma kapsamında oluşturulan modelin yakınsaklık geçerliliğin sağlanması için birtakım testlerin yapılması gerekmektedir. Oluşturulan yapının güvenilirliği, diğer bir isimle bileşik güvenilirlik (Composite Reliability- CR) ve her bir değişken için iç tutarlılık güvenilirlik ise Cronbach

Alpha (CA) testleri yapılmıştır. Son olarak modelde yer alan değişkenlerin alt boyutu olan maddelerin birbirleri ile olan ilişkisini ve oluşturdıkları faktörlerle olan ilişkisini ortaya koyan Average Variance Extracted (Benzeşme Geçerliliği) (AVE) değeri hesaplanmıştır.

Composite Reliability- CR değeri her bir yapı için rakamsal olarak 0.70'i ($\geq 0,70$) geçmesi ve 1'e yakın olması halinde modelin kabul edilmesi yeterlidir (Fornell ve Larcker, 1981, s.2; Firuzan, 2017, s.470). Algılanan hizmet kalitesine ait fiziksel özellikler CR değeri 0.942, fiziksel olmayan özellikler CR değeri 0.959, müşteri memnuniyeti CR değeri 0,957 ve e- sağlık CR değeri 0,943'tür. CR değeri tüm değişkenler için kabul edilebilir niteliktedir. Her bir değişken için Cronbach alfa değeri 0.70'e eşit veya daha üstü olması durumunda ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilir (Hair ve ark.; 2012:420). Bu bağlamda algılanan hizmet kalitesi (0,960), müşteri memnuniyeti (0,954), müşteri sadakati (0,990) ve e- sağlık (0,942) değerleri ile ölçek güvenilirirdir.

Her bir değişken için ortalama açıklanan varyans değeri olan AVE değerleri; fiziksel özellikler için 0.803, fiziksel olmayan özellikler için 0.744, müşteri memnuniyeti için 0.817, müşteri sadakati için 0.902 ve e-sağlık için 0.84 hesaplanmıştır. AVE'nin ($\geq 0,50$) 0.50'nin üstünde olması gerekmektedir (Fornell ve Larcker, 1981, s.45). Bu bağlamda çalışmada yer alan AVE değerleri kabul edilebilir niteliktedir. Yakınsak geçerlilik için CR değerlerinin AVE değerlerinden yüksek olması $CR > AVE$ gerekmektedir (Yaşlıoğlu, 2017, 2.82; Değirmenci, 2022, s.71.) Yapılan analiz sonucunda CR değerleri AVE değerlerinden yüksektir. Fiziksel Özellikler (CR: 0.942 > AVE: 0.803; Fiziksel Olmayan Özellikler CR: 0.959 > AVE: 0.744; Müşteri Memnuniyeti (CR: 0.957 > AVE: 0.817; Müşteri Sadakati CR: 0.979 > AVE: 0.902; E- Sağlık CR: 0.943 > AVE:0.847).

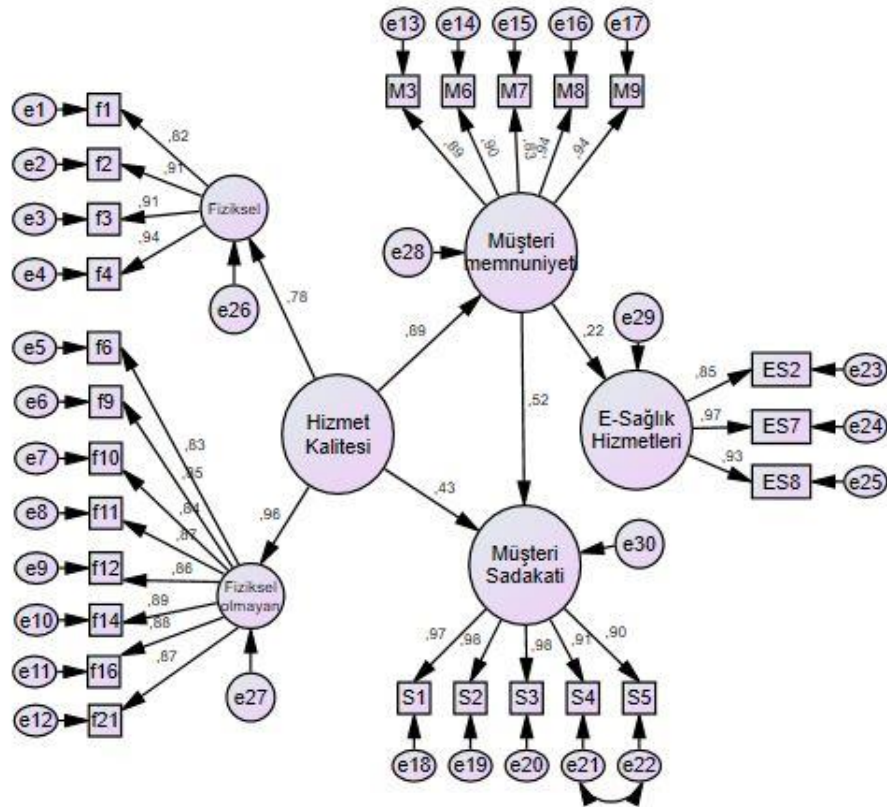
4.5.3. Path Analizi

Çalışmada, katılımcılara ait veri setine path analizi IBM SPSS AMOS 23 programı ile uygulanmıştır.

İlk aşamada, dört faktör-boyutun gizil bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 12'de oluşturulmuştur. Gizil değişkenler, metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek amacıyla gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen

yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1'e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (Hair vd., 2005: 791).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanılmış, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi yapısal eşitlik modeli aracılığıyla uygulandığından en büyük benzerlik yöntemi (maximum-likelihood method) ile birlikte doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda açımlayıcı faktör analizi sonuçları ile doğrulayıcı faktör analizi sonuçları tutarlı olacaktır (Doğan, 2017: s.75)



Şekil 12. Path (Yol) Modeli

Path modeli için uyum indeksleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular aşağıda yer alan Tablo 29'da incelendiğinde, modelin genel olarak iyi uyum sağladığı görülmektedir.

Tablo 29.
Araştırmanın First Order Path Modelinin Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Sonuçlar
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	6,316
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,870
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0,951
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,958
IFI	$0.95 \leq IFI \leq 1$	$0.90 \leq IFI \leq 0.95$	0,958
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,073
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,029

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, NFI, CFI, IFI ve SRMR değerlerinin mükemmel uyum ve RMSEA değerinin iyi uyum aralığında olduğu, GFI'nin 0,870 değeri ile χ^2/df 6,31 değeri ile iyi uyum ve kabul edilebilir uyum değerlere yakın bir rakam olarak bulunmuştur. Literatüre göz attığımızda makalelerde kabul edilebilir değerler arasında yakalanmamış olsa da GFI tek uyum iyiliği indeksi değildir ve bütün olarak değerlendirilmesi doğru olur (Hu ve Bentler, 1999: 27; Tabachnick ve Fidell, 2001: 699-700, Meydan ve Şeşen, 2011: 37; Çapık, 2014, s.200; Uysal vd., 2019, 2015).

Araştırmamızın path (yol) modeline göre;

Path (yol) analizi sonucunda elde edilen ($\beta = 0.89$; $P < 0,05$) 0.89 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde bu hipotez kabul edilmiştir. Buna göre sağlık sunucusunun hizmetlerinden yararlanan katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesi, müşterilerin (hastaların) memnuniyeti üzerinde etkilidir. Yani algılanan hizmet kalitesi arttıkça müşteri (hasta) memnuniyeti artacaktır.

H₁: Algılanan hizmet kalitesi, müşteri (hasta) memnuniyeti üzerinde etkilidir.

Elde edilen sonuçlara göre hizmet kalitesi ($\beta = 0.89$; $P < 0,05$) müşteri (hasta) memnuniyeti üzerinde pozitif etkili olduğu belirlenmiştir. Yani algılanan hizmet kalitesi arttıkça müşteri (hasta) memnuniyeti artacaktır. Dolayısıyla araştırmanın H₁ hipotezi kabul edilmiştir.

Path (yol) analizi sonucunda elde edilen ($\beta=0.52$; $P<0,05$) 0.52 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde hipotez kabul edilmiştir. Buna göre sağlık sunucusunun hizmetlerinden yararlanan müşterilerin (hastaların) memnuniyeti müşteri (hasta) sadakati üzerinde etkilidir. Yani algılanan müşteri (hasta) memnuniyeti arttıkça müşteri (hasta) sadakati pozitif yönde artacaktır.

H₂: Müşteri (hasta) memnuniyeti, hasta sadakati üzerinde etkilidir.

Elde edilen sonuçlara göre hasta memnuniyeti ($\beta= 0.52$; $P<0,05$) hasta sadakati üzerinde pozitif etkili olduğu belirlenmiştir. Yani hasta memnuniyeti arttıkça hasta sadakati artacaktır. Dolayısıyla araştırmanın H₂ hipotezi kabul edilmiştir.

Path (yol) analizi sonucunda elde edilen ($\beta= 0.43$; $P<0,05$) 0,43 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde hipotez kabul edilmiştir. Buna göre sağlık sunucusunun hizmet kalitesi müşteri (hasta) sadakati üzerinde etkilidir. Yani hizmet kalitesi arttıkça müşteri (hasta) sadakati pozitif yönde artacaktır.

H₃: Hizmet kalitesi, hasta sadakati üzerinde etkilidir.

Elde edilen sonuçlara göre hizmet kalitesi ($\beta= 0.43$; $P<0,05$) hizmet kalitesi hasta sadakati üzerinde pozitif etkili olduğu belirlenmiştir. Yani hizmet kalitesi arttıkça hasta sadakati artacaktır. Dolayısıyla araştırmanın H₃ hipotezi kabul edilmiştir.

Path (yol) analizi sonucunda elde edilen ($\beta= 0.22$; $P<0,05$) 0.22 değeri ile 0,05 anlamlılık düzeyinde hipotez kabul edilmiştir. Buna göre sağlık sunucusundan hizmet alan hastanın memnuniyeti e-sağlık üzerinde etkilidir. Yani müşteri (hasta) memnuniyeti arttıkça e-sağlık hizmetleri pozitif yönde artacaktır.

H₄: Hasta memnuniyeti, e-sağlık üzerinde etkilidir.

Elde edilen sonuçlara göre hizmet kalitesi ($\beta= 0.22$; $P<0,05$) hasta memnuniyeti e-sağlık üzerinde pozitif etkili olduğu belirlenmiştir. Yani hasta memnuniyeti arttıkça e-sağlık artacaktır. Dolayısıyla araştırmanın H₄ hipotezi kabul edilmiştir.

4.5.4. Ölçümlerin Hastane Türlerine Göre Farklılıkların İncelenmesine Yönelik One Way Anova Testi Sonuçları

Aşağıda Tablo 30’da hastane türleri arasında algılanan hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti, müşteri sadakati ve e-sağlık ölçümleri bakımından istatistiksel analizi yer almaktadır.

Tablo 30.
Ölçümlerin Hastane Türüne Göre Farklılıkların Anova Testi Sonuçları

	Şehir Hastanesi	Kamu Hastanesi	Özel Hastane	F	p
	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
Algılanan Hizmet kalitesi	55,84±6,21	52,55±8,70	53,07±9,28	15,910	0,000*
Müşteri Sadakati	23,24±2,81	22,44±4,21	21,92±4,60	9,525	0,000*
Müşteri Memnuniyeti	23,24±2,82	21,97±3,96	21,60±4,30	17,745	0,000*
E-Sağlık	12,93±2,56	12,24±2,94	11,49±2,88	21,883	0,000*

*:p<0,05 gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. F : Varyans analizi test istatistik değeri

İkiden daha fazla bağımsız grupların yer aldığı araştırmalarda gruplara ait parametrelerin ortalamalarının karşılaştırmalarında istatistiksel yönden anlamlı fark olup olmadığını ortaya koymak için tek yönlü varyans analizi “One Way Anova” testi uygulanır (Bakan, 2021: s.51; Barın, 2022: s.90). Anova testlerinde, veri gruplarının varyansının eşit olduğu kabul edilir. Fakat gruplar arasında farklılık olacağını göz önünde bulundurursak eşit varyans varsayımı geçersiz sayılacaktır. Bu bağlamda varyans homojenliğini ortaya koymak için “Tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda öncelikle varyans homojenliği için “Levene Testi” (Homojenlik Testi) uygulanır (Sharoff, 2015, s.96). P değerinin (p<0,05) 0.05 ten küçük olması durumunda anlamlı fark olduğu, p değerinin 0.05 ten büyük olması durumunda ise anlamlı fark olmadığını ortaya koymaktadır. Bu farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı ise “Post Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır.

Bu bağlamda Tablo 30'dayer alan verilere göre, hastane türleri arasında hizmet kalitesi, müşteri (hasta) sadakati, müşteri memnuniyeti ve e-sağlık ölçümleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır. Hipotez test sonuçlarına göz atarsak;

H₅ hipotezi, katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar analiz edildiğinde hizmet kalitesi algılarına göre hastane türleri arasında $p < 0,05$ olması koşulu ile anlamlı farklılık (**$p=0,000$**) gösterdiği gözlemlenmiştir. Buna göre şehir hastanelerinin algılanan sağlık hizmet kalitesi ($55,84 \pm 6,21$) kamu ($52,55 \pm 8,70$) ve özel hastanelere ($53,07 \pm 9,28$) göre daha yüksektir. Kamu ve özel hastanelerin hizmet kalitesi algıları birbirine yakın değerler olarak analiz edilmiştir. Bu bağlamda; H₅ hipotezi kabul edilmiştir.

H₆ hipotezi, katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar analiz edildiğinde müşteri (hasta) memnuniyet düzeylerine göre hastane türleri arasında $p < 0,05$ olması koşulu ile anlamlı farklılık (**$p=0,000$**) gösterdiği gözlemlenmiştir. Buna göre şehir hastanelerinin müşteri memnuniyeti ($23,24 \pm 2,82$) kamu ($21,97 \pm 3,96$) ve özel hastanelere ($21,60 \pm 4,30$) göre daha yüksektir. Bu bağlamda; H₆ hipotezi kabul edilmiştir.

H₇ hipotezi, katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar analiz edildiğinde müşteri (hasta) sadakati düzeylerine göre hastane türleri arasında $p < 0,05$ olması koşulu ile anlamlı farklılık (**$p=0,000$**) gösterdiği gözlemlenmiştir. Buna göre şehir hastanelerinin müşteri (hasta) sadakati ($23,24 \pm 2,81$) kamu ($21,97 \pm 3,96$) ve özel hastanelere ($21,60 \pm 4,30$) göre daha yüksektir. Bu bağlamda; H₇ hipotezi kabul edilmiştir.

H₈ hipotezi, katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar analiz edildiğinde e-sağlık memnuniyetlerine göre hastane türleri arasında $< 0,05$ olması koşulu ile anlamlı farklılık (**$p=0,000$**) gösterdiği gözlemlenmiştir. Buna göre şehir hastanelerinin e-sağlık kullanımı memnuniyet ($12,93 \pm 2,56$) düzeyi kamu ($12,24 \pm 2,94$) hastanelerine göre daha yüksek fakat kamu hastanelerinin e-sağlık kullanım memnuniyet düzeyi özel hastanelere ($11,49 \pm 2,88$) göre daha yüksektir. Bu bağlamda; H₈ hipotezi kabul edilmiştir.

4.5.5. Covid- 19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Hastalarda Ölçümlerin Hastane Türlerine Göre Farklılıkların İncelenmesine Yönelik One Way Anova Testi Sonuçları

Aşağıda yer alan Tablo 31’de Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türlerine göre farklılıkların One Way Anova Testi ile istatistiksel analizi yer almaktadır.

Tablo 31.
Covid-19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Hastalarda Hastane Türleri Arasındaki Farkın Anova Testi Sonuçları

	Şehir Hastanesi	Kamu Hastanesi	Özel Hastane	F	p
	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
Algılanan Hizmet Kalitesi	57,20±5,06	53,21±8,72	54,55±8,07	9,026	0,000*
Müşteri Sadakati	23,91±2,17	22,58±3,98	22,85±4,53	4,563	0,011*
Müşteri Memnuniyeti	23,91±2,06	22,40±3,56	22,72±4,25	6,899	0,001*
E-Sağlık	11,62±2,72	11,68±2,78	10,82±3,18	2,295	0,103

*:p<0,05 gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. F : Varyans analizi test istatistik değeri

Covid-19 pandemi dönemi gibi acil durum gerektiren küresel salgınlarda sağlık sunucularına başvuran bireylerin hizmet kalitesi değerlendirmeleri, bu değerlendirme sonucu oluşacak memnuniyeti/memnuniyetsizliği kriz anında yönetmek için algılanan hizmet kalitesini ölçmek için önem arz etmektedir. Bu bağlamda tezin kapsamında yer alan Covid-19 hastalığı geçiren ve risk grubunda olan kronik hastalıklardan herhangi birine sahip müşterilerin (hastaların) algılanan hizmet kalitesine, müşteri (hasta) memnuniyet düzeylerine, müşteri (hasta) sadakati ve e-sağlık kullanımına göre hastane türleri arasındaki farklılığın ölçülmesi hedeflenmiştir.

Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastalarda ölçümlerin hastane türlerine göre farklılıklarının incelenmesi için istatistiksel yönden anlamlı fark olup olmadığını ortaya koymak için tek yönlü varyans analizi “One Way Anova” testi uygulanır (Bakan, 2021: s.51; Barın, 2022: s.90). Anova testlerinde veri gruplarının varyansının eşit olduğu kabul edilir. Fakat gruplar arasında farklılık olacağını göz önünde bulundurursak eşit varyans varsayımı geçersiz sayılacaktır. Bu bağlamda varyans homojenliğini ortaya koymak için “Tek yönlü varyans analizi (Anova)” sonucunda öncelikle varyans homojenliği için “Levene Testi” uygulanır (Sharoff, 2015: s.96). P değerinin (p<0,05) 0.05 ten küçük olması durumunda anlamlı fark olduğu, 0.05 ten büyük

olması durumunda ise anlamlı fark olmadığını ortaya koymaktadır. Bu farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı ise “Post Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır.

Tablo 31’de yer alan verilere göre, Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastalarda hastane türleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılıkların analiz ve hipotez sonuçlarına göz atarsak;

H₉ hipotezi, katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar analiz edildiğinde hizmet kalitesi algısına göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında $p < 0,05$ olması koşulu ile anlamlı farklılık (**$p=0,000$**) gösterdiği gözlemlenmiştir. Buna göre şehir hastanelerinin hizmet kalitesi ($57,20 \pm 5,06$) kamu ($53,21 \pm 8,72$) ve özel hastanelere ($54,55 \pm 8,07$) göre daha yüksektir ve özel hastanelerin hizmet kalitesi ise kamu hastanelerine göre daha yüksektir. Bu veriler ışığında, Covid-19 döneminde sağlık hizmet kalitesi sunan sağlık sunucuları arasında şehir hastanelerinin daha çok tercih edildiğini yorumlayabiliriz. Bu bağlamda; **H₉** hipotezi kabul edilmiştir.

H₁₀ hipotezi, katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar analiz edildiğinde Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında memnuniyet düzeylerine göre $p < 0,05$ olması koşulu ile anlamlı farklılık ($p=0,001$) gösterdiği gözlemlenmiştir. Buna göre şehir hastanelerinin memnuniyet düzeyi ($23,91 \pm 2,06$) kamu ($22,40 \pm 3,56$) ve özel hastanelere ($22,72 \pm 4,25$) göre daha yüksektir. Bu veriler ışığında Covid-19 döneminde şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerinden müşterilerin (hastaların) daha memnun olduğunu yorumlayabiliriz. Bu bağlamda; **H₁₀** hipotezi kabul edilmiştir.

H₁₁ hipotezi, katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar analiz edildiğinde müşteri (hasta) sadakatine göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında $p < 0,05$ olması koşulu ile anlamlı farklılık (**$p=0,011$**) gösterdiği gözlemlenmiştir. Buna göre şehir hastanelerinin müşteri (hasta) sadakati ($23,91 \pm 2,17$) kamu ($22,58 \pm 3,98$) ve özel hastanelere ($22,85 \pm 4,53$) göre daha yüksektir. Bu veriler bize Covid-19 döneminde şehir hastanelerine giden müşterilerin (hastaların) sağlık hizmeti taleplerinin istikrarlı sürdüğünü göstermektedir. Bu bağlamda; **H₁₁** hipotezi kabul edilmiştir.

H12 hipotezi, katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar analiz edildiğinde e-sağlık kullanımına göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında $p>0,05$ olması ile anlamlı farklılık olmadığı (**$p=0,103$**) gözlemlenmiştir. Buna göre şehir hastanelerini ziyaret eden müşterilerin (hastaların) ($11,62\pm2,72$) kamu ($11,68\pm2,78$) ve özel hastaneleri ($10,82\pm3,18$) ziyaret eden müşteriler (hastalar) ile e-sağlık kullanımı benzerlik göstermektedir. Bu veriler bize Covid-19 döneminde e-sağlık kullanım okur- yazarlığının yaygınlaştığını ve pandemi döneminde sağlık hizmetine karar verme süreçlerine daha ivedi katılabilmeleri için e-sağlığın kullanımının tüm türler arasında yaygınlaştığını göstermektedir. Bu bağlamda; H12 hipotezi red edilmiştir.

Araştırma sonunda ulaşılan bulgulara göre, tezin amacına yönelik oluşturulan araştırma hipotezlerinin kabul ve red sonuçlarına dair bilgiler Tablo 32’de gösterilmektedir.

Tablo 32.
Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Hipotez		Sonuç
H1	Algılanan hizmet kalitesi hasta memnuniyeti üzerinde etkilidir.	Kabul
H2	Hasta memnuniyeti, hasta sadakati üzerinde etkilidir	Kabul
H3	Hizmet kalitesi, hasta sadakati üzerinde etkilidir.	Kabul
H4	Hasta memnuniyeti, e-sağlık üzerinde etkilidir.	Kabul
H5	Hizmet kalitesi algılarına göre hastane türleri arasında farklılık vardır.	Kabul
H6	Hasta memnuniyet düzeylerine göre hastane türleri arasında farklılık vardır.	Kabul
H7	Hasta sadakati düzeylerine göre hastane türleri arasında farklılık vardır.	Kabul
H8	E-sağlık kullanım memnuniyetlerine göre hastane türleri arasında farklılık vardır.	Kabul
H9	Hizmet kalitesi algısına göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık vardır.	Kabul
H10	Memnuniyet düzeylerine göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık vardır.	Kabul
H11	Hasta sadakatine göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık vardır.	Kabul
H12	E-sağlık kullanımına göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık vardır.	Red

4.5.6. Demografik ve Ekonomik Özelliklerin Ki Kare Testi Sonuçları ile Değerlendirilmesi

Ankete katılan katılımcıların demografik bilgilerinin hastane türlerine göre farklılıklarının incelenmesi aşağıda Tablo 33’de gösterilmektedir.

Tablo 33.
Hastane Türlerine Göre Demografik Bilgilerin Ki-Kare Testi İle Analizi

		Şehir hastanesi		Kamu hastanesi		Özel hastane		Ki kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Hasta/Hasta yakını	Hasta	296a	87,1	280a	83,3	238b	73,5	21,523	0,000*
	Hasta yakını	44b	12,9	56b	16,7	86a	26,5		
Ayaktan-Yatan	Ayaktan	324a	95,3	282b	83,9	252b	77,8	43,234	0,000*
	Yatan	16b	4,7	54a	16,1	72a	22,2		
Cinsiyet	Kadın	132c	38,8	259a	77,1	206b	63,6	105,819	0,000*
	Erkek	208a	61,2	77c	22,9	118b	36,4		
Yaş	<20	19	5,6	21	6,3	11	3,4	11,457	0,323
	20-29	48	14,1	54	16,1	72	22,2		
	30-39	78	22,9	77	22,9	72	22,2		
	40-49	79	23,2	80	23,8	69	21,3		
	50-59	59	17,4	57	17,0	50	15,4		
	>60	57	16,8	47	14,0	50	15,4		
Medeni durum	Evli	200b	58,8	261a	77,7	244a	75,3	34,217	0,000*
	Bekar	140a	41,2	75b	22,3	80b	24,7		
Eğitim durumu	İlköğretim	52b	15,3	142a	42,3	65b	20,1	112,138	0,000*
	Lise	106	31,2	107	31,8	92	28,4		
	Önlisans	59a	17,4	26b	7,7	42	13,0		
	Lisans	86a	25,3	58b	17,3	100a	30,9		
	Lisansüstü	29a	8,5	3b	0,9	24a	7,4		
	Doktora	8a	2,4	0b	0,0	1	0,3		
Sosyal güvence durumu	Yok	2	0,6	10	3,0	8	2,5	95,804	0,000*
	SGK	218	64,1	241a	71,7	192b	59,3		
	Emekli	116a	34,1	68b	20,2	88	27,2		
	Yeşilkart	4	1,2	13a	3,9	2b	0,6		
	Özel sağlık sigortası	0b	0,0	1b	0,3	31a	9,6		
	Ücretli	0	0,0	3	0,9	3	0,9		
Meslek	Çalışmıyorum	48c	14,1	178a	53,0	87b	26,9	163,186	0,000*
	Memur	87a	25,6	30b	8,9	59a	18,2		
	İşçi	85a	25,0	47b	14,0	59	18,2		
	Serbest meslek	42a	12,4	18b	5,4	27	8,3		
	Emekli	74a	21,8	47b	14,0	59	18,2		
	Diğer	4c	1,2	16b	4,8	33a	10,2		
Gelir	<2500TL	39b	11,5	73a	21,7	26b	8,0	109,090	0,000*
	2500-4449TL	124b	36,5	166a	49,4	98b	30,2		
	4500-6499TL	68b	20,0	73	21,7	91a	28,1		
	6500-9999TL	82a	24,1	20b	6,0	75a	23,1		
	>10000TL	27a	7,9	4b	1,2	34a	10,5		
Bu sağlık kuruluşuna ilk kez gelme	Evet	281a	82,6	81c	24,1	130b	40,1	247,509	0,000*
	Hayır	59c	17,4	255a	75,9	194b	59,9		
Kronik hastalık	Evet	128a	37,6	100	29,8	71b	21,9	19,598	0,000*
	Hayır	212b	62,4	236	70,2	253a	78,1		
Covid-19 hastalığı geçirme	Evet	221a	65,0	126b	37,5	110b	34,0	78,165	0,000*
	Hayır	119b	35,0	210a	62,5	214a	66,0		

*: $p < 0,05$, a,b,c: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde)

Bu tabloya göre;

- Ankete katılan katılımcıların, hastane türlerine göre hasta/hasta yakını olarak analiz edildiğinde; hasta kategorisindeki 814 kişiden, 296 kişi (%87,1) ile en fazla şehir hastanesinden ve (%83,3) 280 kişi ile kamu hastanelerinden katılım sağlarken, 186 kişi hasta yakınından (%26,5) ile 86 kişi ile özel hastaneden katılım sağladığı tespit edilmiştir.
- Ankete katılan katılımcıların, hastane türlerine göre ayaktan /yatan hasta olarak analiz edildiğinde; ayaktan muayene olan 858 hastadan, en fazla ayaktan muayene olan (%95,3) 324 kişi şehir hastanesinden katılım sağlarken, 142 yatarak muayene olan hastadan (%22,2) 72 kişi özel hastaneden katılım sağladığı tespit edilmiştir.
- Ankete katılan katılımcıların, hastane türlerine göre cinsiyeti analiz edildiğinde; 597 kadın hastadan, (%77,1) 259 kadın hasta ile en fazla kamu hastanesinden katılım sağlanırken, 132 (%38,8) kadın hasta ile en az hasta şehir hastanesinden katılım sağlanmıştır. 403 erkek hastadan, (%61,2) 208 erkek hasta en fazla şehir hastanesinden katılım sağlarken, (%36,4) 118 erkek hasta özel hastaneden ve en düşük (%22,9) 77 erkek hastanın kamu hastanesinden katılım sağladığı tespit edilmiştir.
- Ankete katılan katılımcıların, hastane türlerine göre yaşı analiz edildiğinde; 20 yaş altında katılım sağlayan 51 kişiden, (% 6,3) 21 hasta ile en fazla kamu hastanesinden, 20-29 yaş arası katılım sağlayan 174 kişiden, (% 22,2) 72 hasta ile en fazla özel hastaneden, 30-39 yaş arası katılım sağlayan 227 kişiden, (%22,9) 78 hasta ile en fazla şehir hastanesinden, 40-49 yaş arası katılım sağlayan 228 kişiden, (% 23,8) 80 hasta ile en fazla kamu hastanesinden, 50-59 yaş arası katılım sağlayan 166 kişiden, (%17,4) 59 hasta ile en fazla şehir hastanesinden ve 60 yaş üstü katılım sağlayan 154 kişiden, (% 16,8) 57 hasta ile en fazla şehir hastanesinden katılım sağladığı tespit edilmiştir.
- Ankete katılan katılımcıların, medeni durumlarına göre analiz edildiğinde 705 evli hastadan, (%77,7) 261 hasta ile en fazla kamu hastanesinden ve 295

bekar hastadan, (%41,2) 140 hasta ile en fazla hasta şehir hastanesinden katılım sağlandığı tespit edilmiştir.

- Ankete katılan katılımcıların, eğitim durumu analiz edildiğinde 259 ilköğretim mezunu hastadan, (%42,3) 142 hasta ile en fazla kamu hastanesinden, 305 lise mezunu hastadan, (%31,8) 107 hasta ile en fazla kamu hastanesinden, 127 ön lisans mezunu hastadan, (%17,4) 59 hasta ile en fazla şehir hastanesinden, 244 lisans mezunu hastadan, (%30,9) 100 hasta ile en fazla özel hastaneden, 56 lisansüstü mezunu hastadan, (%8,5) 29 hasta ile en fazla şehir hastanesinden, 9 doktora mezunu hastadan, (%2,4) 8 hasta ile en fazla şehir hastanesinden katılım sağlandığı tespit edilmiştir.
- Ankete katılan katılımcıların, sosyal güvence durumu analiz edildiğinde sosyal güvencesi olmayan 20 hastadan, (%3,0) 10 hasta ile en fazla kamu hastanesinden, sosyal güvencesi SGK olan 651 hastadan, (%71,7) 241 hasta ile en fazla kamu hastanesinden, sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan 272 hastadan, (% 34,1) 116 hasta ile en fazla şehir hastanesinden, sosyal güvencesi Yeşil Kart olan 19 hastadan, (%3,9) 13 hasta ile en fazla kamu hastanesinden, sosyal güvencesi Özel Sağlık Sigortası olan 32 hastadan, (% 9,6) 31 hasta ile en fazla özel hastaneden, sosyal güvencesi ücretli olan 6 kişiden, (%0,9) 6 hasta ile kamu ve özel hastaneden katılım sağlandığı tespit edilmiştir.
- Ankete katılan katılımcıların, meslek durumu analiz edildiğinde, çalışmayan 313 hastadan, (%53,0) 178 hasta ile en fazla kamu hastanesinden, çalışmayan (% 14,1) 48 hasta ile en az şehir hastanesinden, memur 176 hastadan, (%25,6) 87 hasta ile en fazla şehir hastanesinden, işçi statüsündeki 191 hastadan, (%25,0) 85 hasta ile en fazla şehir hastanesinden, serbest meslekte çalışan 87 hastadan, (%12,4) 42 hasta ile en fazla şehir hastanesinden, emekli 180 hastadan, (%21,8) 74 hasta ile en fazla şehir hastanesinden, diğer mesleklerde çalışan 53 hastadan, (%10,2) 33 hasta ile en fazla özel hastaneden katılım sağlarken, diğer mesleklerde çalışan 53 hastadan, (%1,2) 4 hastanın en az şehir hastanesinden katılım sağladığı tespit edilmiştir.

- Ankete katılan katılımcıların, gelir durumuna göre analiz edildiğinde gelir durumu 2.500 TL'den az olan 136 hastanın, (%21,7) 73 hasta en fazla kamu hastanesinden, gelir durumu 2.500-4.449 TL arası olan 388 hastadan, (%49,4) 166 hasta en fazla kamu hastanesinden, gelir durumu 4.500-6.499 TL arası olan 232 hastadan, (%28,1) 91 hasta en fazla özel hastaneden, gelir durumu 6.500-9.999 TL arası olan 177 hastadan, (%24,1) 81 hasta en fazla şehir hastanesinden, 10.000 TL ve üstü gelire sahip 65 hastadan (% 10,5) 34 hasta ve (% 7,9) 27 hastanın şehir ve özel hastaneden katılım sağlandığı tespit edilmiştir.
- Şehir hastanesini ilk kez ziyaret eden hasta sayısı en fazla 281 (%82,6) kişi iken, kamu hastanesini ilk kez ziyaret eden hasta sayısı en az 81 kişi (%24,1) kişi ve özel hastaneyi ziyaret eden hasta sayısı 130 (%40,1) kişidir. Sağlık kuruluşunu ilk kez ziyaret etme oranı %82,6 ile 281 hastanın şehir hastanesinden olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşunu birden fazla ziyaret etme oranı en fazla %75,9 ile 255 hastanın kamu hastanesinden olduğu ve %17,4 59 hasta ile şehir hastanesinden olduğu tespit edilmiştir.
- Kronik hastalığa sahip olan 299 hastadan ankete katılım sağlayan (%37,6) 128 hastanın şehir hastanesinden olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığa sahip olmayan 701 hastadan ankete katılım sağlayan (78,1) 253 hastanın özel hastaneden olduğu tespit edilmiştir.
- Covid-19 hastalığı geçiren 457 hastadan (%65) 221 hasta şehir hastanesini ziyaret ettiği, Covid-19 hastalığı geçirmeyen 543 hastadan (%66,0) 214 hasta özel hastaneyi ziyaret etmiştir.

SONUÇ

21.yy'ın en önemli atılımlarından olan ve 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile beraber etkili sağlık hizmetlerinin kabul edilebilirliği önem kazanmış ve sağlık kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde kalite zorunlu hale gelmiştir. Sağlık işletmeleri, yaşanan bu değişimle beraber varlıklarını sürdürmek ve rekabet üstünlüğü sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerinde kaliteye önem vermeye başlamış, müşteri memnuniyeti odaklı çalışmaların önemi giderek artmıştır.

Hizmet kalitesinin bir çıktısı olan memnuniyet, müşterinin deneyimlemesi sonucu ortaya çıkar ve geri bildirim sağlayarak sağlık işletmelerinin güçlü ve zayıf yönlerini ortaya koyar. Sağlık kuruluşları tarafından sunulan hizmetlerin özellikleri, sunum şekli, fiyatlandırması, sağlık personelinin tutumu ve bilgi düzeyleri, kullandığı teknolojisi sağlık hizmet kalitesini belirlemekte ve hizmet kalitesinin çıktısı olan memnuniyeti olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Memnun olmuş bir müşterinin sağlık kuruluşuna sadakati artabilecek ve ihtiyaç olması halinde tekrardan ziyaret etmesini sağlayabilecektir. Sonuçta, memnuniyet arttıkça sadakat artabilecektir.

Tezimizde daha önce yapılan çalışmalarda yer almayan algılanan hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati ilişkilerinin incelenmesinin yanı sıra; e-sağlık değişkeni eklenmiştir. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı bileşenleri arasında modüler bir yapı olarak kurulan sağlık bilgi sistemi ile sağlık envanterleri oluşturulması, bireylerin sağlık bilgilerine ulaşmaları ve randevu taleplerinin kolaylaşması, hastalara doktor seçimi hakkı tanınması ve hasta bekleme sürelerinin azaltılmasına yönelik oluşturulan e-sağlığın hasta memnuniyeti sağlamasına yönelik etkisi de araştırılmıştır. Ankara ilinde hizmet veren üç tür sağlık kuruluşundan hizmet alan tüm yaş gruplarından toplanan anketler çerçevesinde kavramlar arası ilişki kurularak oluşturulan hipotezler test edilmiştir.

Araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular şu şekildedir;

- Katılımcıların çoğunluğu kadın, ilköğretim ve lise mezunu, 30-49 yaş aralığında, 2.500 TL ile 6.500 TL arası gelire sahip evli hastalardan oluşmaktadır.

- Katılımcıların 814 kişisi hasta ve 186 kişisi hasta yakınından oluşmaktadır. Katılımcıların çoğu şehir hastanesinden sağlık hizmeti almıştır. Katılımcılar en az bir kere sağlık hizmeti aldığı sağlık sunucusunu ziyaret etmiştir.
- Katılımcıların %45,7'si Covid-19 hastalığını geçirmiş ve %29,9'u Covid-10 hastalığı için risk grubunda olan kronik hastalıklardan herhangi birine sahiptir.
- Katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesinin, hasta memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi tespit etmiştir. Elde edilen sonuç literatürde var olan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. (Yeşilyurt, 2018; Al-Mhasnah vd., 2018; Asnawi vd., 2019; Kırac, 2019; Aslan, 2020; Almomani vd, 2020; Zaid vd., 2020; Biçer ve Yurtsal, 2021; Mohammed ve Mahmood, 2022; Aba,2022).
- Katılımcıların hasta memnuniyetinin, hasta sadakati üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu sonuçları destekleyen çalışmalarda mevcuttur (Meesela ve Paul, 2018; Fatima vd., 2018; Anabila, 2019; Asnawi vd., 2019; Bozkurt ve Tan, 2020).
- Katılımcıların algıladıkları hizmet kalitesinin, hasta sadakati üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuç literatürde var olan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. (Anbori vd., 2010; Pratminingsih, 2018; İzgi, 2018; Asnawi vd., 2019; Fatimah, 2022; Syam,2022, Aba,2022).
- Katılımcıların hasta memnuniyetinin, e-sağlık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu tespit edilmiştir.
- Katılımcıların sorulara verdikleri cevaplar analiz edildiğinde hizmet kalitesi algılarına göre kamu, özel ve şehir hastane türleri arasında anlamlı farklılıklar vardır. Şehir hastanelerinin hizmet kalitesi algısı, özel ve kamu hastanelerine göre daha yüksektir. Özel hastanelerin hizmet kalitesi algısı, kamu hastanelerine göre daha yüksektir. Literatürde bu sonuçları destekleyen çalışmalarda mevcuttur (Javed, 2018; Anabila vd., 2019; Biçer ve Yurtsal, vd.,2021)

- Katılımcıların, hasta memnuniyet düzeylerine göre özel, devlet, kamu hastane türleri arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Şehir hastanelerinin hasta memnuniyeti, kamu ve özel hastanelere göre daha yüksektir. Elde edilen sonuç literatürde var olan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. (Ataman ve Kurşunluoğlu Yarımoğlu,2018)
- Katılımcıların, müşteri sadakati düzeylerine göre hastane türleri arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Şehir hastanelerinin müşteri sadakati, kamu ve özel hastanelerine göre daha yüksektir. Literatürde bu sonuçları destekleyen çalışmalarda mevcuttur (Anabila vd.,2019).
- Katılımcıların e-sağlık kullanım memnuniyetlerine göre hastane türleri arasında anlamlı farklılık ve pozitif etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırma bulgusunun desteklenmesi için literatür araştırıldığında yürütülen çalışmaların çoğunluğunu sağlık okuryazarlığı tespit etmek için olduğu, e-sağlık hizmetlerinden memnuniyetin ölçüldüğü çalışmaların yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Literatüre katkı yapmak için oluşturulan ölçek ile e- sağlık kullanım memnuniyetlerine göre hastane türleri arasında farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçların pazarlama alanına katkı sağlayacağı ifade edilebilir.
- Katılımcıların, hizmet kalitesi algısına, memnuniyet düzeylerine, müşteri (hasta) sadakatine göre Covid-19 hastalığı için risk grubunda olan hastaların hastane türleri arasında farklılık tespit edilmiştir. Araştırma sonucuna göre risk grubunda olan hastaların hizmet kalitesi algısı, memnuniyeti ve sadakati şehir kamu ve özel hastanelere göre şehir hastanelerinde daha yüksek çıkmıştır.
- Ankete katılan katılımcılardan, hastane türlerine göre ayaktan muayene olan hastaların şehir hastanesini daha çok tercih ettiği, yatarak tedavilerini sürdüren hastaların ise kamu ve özel hastaneleri tercih etmiştir.
- Ankete katılan katılımcılardan, kadın hastaların en fazla kamu hastanesini daha sonra ise şehir hastanesini tercih ettiği, erkek hastalar ise en fazla şehir hastanesini en az ise kamu hastanesini tercih etmiştir.

- 20 yaş altı hastaların en fazla kamu hastanesini tercih ederken, 20-29 yaş arası katılımcıların ise özel hastaneyi tercih etmiştir. 30-39 yaş arası katılımcıların şehir hastanesini tercih ederken, 40-49 yaş arası hastaların kamu hastanesini ziyaret ettiği izlenmiştir. 50 yaş ve üzerinin ise şehir hastanesini tercih etmiştir.
- Evli hastaların en çok kamu hastanesini tercih ederken, bekar hastalar ise en fazla şehir hastanesini tercih etmiştir.
- İlköğretim ve lise mezunu hastalar kamu hastanesini tercih ederken, ön lisans mezunu hastalar şehir hastanesini, lisans mezunu hastalar ise özel hastaneyi tercih etmiştir. Lisansüstü ve doktora mezunu hastalar şehir hastanesini tercih etmiştir.
- Sosyal güvencesi olmayan, SGK ve Yeşil Kart sahibi hastalar kamu hastanesini, Emekli Sandığı güvencesi olan hastalar ise şehir hastanesini tercih etmiştir.
- Memur, işçi ve serbest meslek hastalar şehir hastanesini tercih ederken, özel sektörde çalışan hastalar ise özel hastaneyi tercih etmiştir.
- Geliri 2.500 TL ile 4.500 TL arası olan hastalar kamu hastanesini tercih ederken, 4.500 TL ile 6.500 TL arası hastalar özel hastaneyi ve 6.500 TL ve üstü gelire sahip hastalar ise şehir ve özel hastaneyi tercih etmiştir.
- Kronik hastalığa sahip olan hastaların büyük bir çoğunluğu şehir hastanesini tercih ederken, kronik hastalığı olmayan hastalar ise özel hastaneyi tercih etmiştir.
- Covid-19 hastalığı geçiren hastaların ilk tercihi şehir hastanesi olurken, Covid-19 hastalığı geçirmeyen hastaların ise ilk tercihi özel hastane olmuştur.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunabilir;

- Hastane yönetimi, sağlık kuruluşunun fiziksel özelliklerini sık aralıklarla gözden geçirerek, poliklinikler arasında farklılıkları ortadan kaldıracak

adımları yerine getirirse hasta memnuniyet artar. Bu ise hasta sadakatini arttıracaktır.

- Sağlık personeli dışında çalışan personelin veya hasta yönlendirmesi yapan bankolarda çalışanlara yönelik stres ve kriz yönetimi eğitimleri verilerek hastalara karşı olan tutum ve davranışları düzeltilmesi hem hastaların güvenilirliklerini arttıracak hem de memnuniyeti arttıracaktır.
- Hastane yönetiminin, sağlık kuruluşunda yer alan eksik poliklinikleri aktif hale getirerek hastaların tedavi süreçlerinde farklı sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi noktasında çözüm üretmeleri hasta memnuniyetini memnun edecektir. Hastanın memnuniyeti arttığında sağlık kuruluşuna olan sadakat artacaktır.
- Bölgesel konumlandırmada hastaların sağlık kuruluşuna ulaşmada sıkıntı yaşayan hastaların ulaşimleri noktasında alternatif çözümlerin üretilmesi hasta memnuniyetini arttıracaktır.
- Sağlık kurumunun internet üzerinden sunduğu sağlık hizmetlerinin kullanıma yönelik iyileştirilmesi yönünde yapılacak çalışmalar hizmet kalitesini arttırarak memnuniyet üzerinde olumlu etkisi olacaktır.
- Sağlık kuruluşlarında tıbbi kayıtların tutulması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gizlilik ve güvenliğin sağlanması hizmet kalitesini, hasta memnuniyetini ve hasta sadakatini arttıracaktır.

Daha sonraki yapılacak çalışmalar için ise şu önerilerde bulunulabilir;

- Farklı şehirlerde hizmet veren kamu, özel ve şehir hastanesi araştırma kapsamına alınarak, karşılaştırılmalı analiz yapılabilir.
- Araştırma, pandeminin yoğun seyrettiği kış aylarında yürütülmesi hastaların kaliteye bakış açısı ve memnuniyetinde farklılık arz edilebilir. Farklı dönemlerde araştırmalar yapılabilir.
- Farklı değişkenler eklenerek model geliştirilebilir ve şehir hastanesinin bulunduğu farklı ülkeler ile kıyaslama yapılabilir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Akdağ, R. (2008). “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlerleme Raporu,” Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Arslanoğlu, Ali. (2021). “5N 1 Kalite”, Eftelya Yayınevi, İstanbul.
- Ataklı, A. Ve Kaplan, A. (2016). “Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik. Güneş Tıp Yayınevleri, Ankara.
- Bateman, A.M. and Snell, S.A. (2004). “Management: The New Competitive Landscape, Instructor’s Manual.” The McGraw- Hill Companies, Inc.
- Beyatlı Z. (2017). “Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yönetimi”. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Beylik, U., Avcı, K. (2019). “Sağlıkta Kalite Yönetimi ve Akreditasyon”. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Bozpolat, C. (2019). “Pazarlama ve Sosyoloji: İşletme ve Toplum İlişkisi”, Bölüm 9: Hizmet Pazarlamasına Sosyolojik Bir Bakış, Editör:Mustafa Ünsalan, İstanbul:Beta Basım Yayım Dağıtım, ss. 253-284, ISBN:978-605- 242-362-2.
- Cowell, D.W. (1984). “The Marketing of Services”. Heinemann, London.
- Daft, R. L. (2015). “Örgüt Teorisi ve Tasarımı” 10.b., Çeviri Editörü: Ömür N. Timurcanday Özmen, Nobel Akademi Yayıncılık, İstanbul.
- Derdiyok, T. (2018). “Kalite Yönetimi”. Berkan Yayınevi, Ankara.
- Donabedian, A. (1980). “Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.” Health Administration Press.
- Donabedian, A. (2002). “An Introduction to Quality Assurance in Health Care”. Oxford University Press.
- Feigenbaum, A. V (1983). “Total Quality Control”. McGraw-Hill, New York.
- Doğan, Ö. İ., & Tutuncu, Ö. (2003). “Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama.” İzmir: D.E.Ü. Rektörlük Matbaası.
- Getzen, T.E. (1997). “Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds.” New York: John Wiley&Sons Inc.
- Grossu-Leibovica, D., & Kalkis, H. (2022). “Total Quality Management Tools and Techniques for Improving Service Quality and Client Satisfaction in the Healthcare Environment: A Qualitative Systematic Review. In SHS Web of Conferences” (Vol. 131, p. 02009). EDP Sciences.

- Güntöre, S.Ö. (2005). “Tıp ve Felsefe”. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul
- Gümüş, S. ve Göker, E. Ü. (2012). “Hizmet Kalitesinin Hizmet Performansına Etkisi: Bir Hastanede Uygulama.” Eğitim Erişim Yayınları, İstanbul.
- Heizer, J. ve Render, B. (2011). “Operations Management”. Pearson, Tenth Ed., New Jersey, 52.
- Heskett J, Sasser W, Schlesinger L. (1997). “The Service Profit Chain: How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value.” The Free Press, New York.
- Imai, M. (2012). “Gemba Kaizen: A Commonsense Approach to a Continuous Improvement Strategy”. Second Edition.
- Juran, J. M. (1999). “How to Think About Quality.” JM Juran, AB Godfrey, RE Hoogstoel, and EG, Schilling (Eds.): Quality-Control Handbook. New York: McGraw-Hill.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012). “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”. Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı Ş. ve Kısa, A. (2002). “Sağlık Kurumları Yönetimi”. Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429.
- Kayral, Halil İbrahim (2015). “Beklenen-Gerçekleşen-Algılanan Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite”. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Korkmaz, S., Eser, Z., Öztürk, S.A. (2017). “Pazarlama”. Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Kotler, P. ve Armstrong, G. (2011). “Principles of Marketing”. Pearson Prentice Hall, International Edition, 14th Edition, New Jersey.
- Kotler, P. (2014). “Marketing Management.” 14th ed, Prentice Hall
- Kotler, P & Keller, K. (2016). “Marketing Management”. 15e. Global Edition. PEARSON.
- Kurtulmuş, S. (1998). “Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi”. Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Lovelock, C., Vandermerwe, S., & Lewis, B. (1999). “Services Marketing: A European Perspective” (3. Baskı). İngiltere: Prentice Hall
- Lovelock, C., & Patterson, P. (2015). “Services Marketing.” Pearson Australia.
- Mudie, P., & Pirrie, A. (2012). “Services Marketing Management.” Routledge.
- Odabaşı, Y., (2004). “Satışta ve Pazarlamada Müşteri ilişkileri Yönetimi”. Dördüncü Baskı, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- Odabaşı, Y. (2014). “Postmodern Pazarlama: Tüketim ve Tüketici”. MediCat Yayınları, İstanbul.

- Öztek, Z. (2018). "Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018." Hasuder Yayınları, Trakya.
- Öztürk, S. (2020). "Şirket Yönetiminde Kalite". Kadem Yayıncılık, Ankara.
- Öztürk, S. A. (2019). "Hizmet Pazarlaması Kuram, Uygulama ve Örnekler". Ekin Yayınları, Bursa.
- Porter, D. (2005). "Health, Civilization And The State: A History Of Public Health From Ancient To Modern Times." Routledge.
- Rao, K. R. M. (2011). "Services Marketing." Pearson Education India.
- Ross, T. K. (2014). "Health Care Quality Management: Tools and Applications." John Wiley & Sons.
- Sarp, N., (2017). "Toplam Kalite Uygulamaları". Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Say, Jean Baptiste (1803). "A Treatise on Political Economy: or. The Production Distribution and Consumption of Wealth". Translated by and with notes from C.R. Prinsep. M.A (Ann Arbor, MI: Scholarly Publishing Office, University of Michigan Library, 2005).
- Sollecito, W., & Johnson, J. (2011). "McLaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement in Health Care." Jones & Bartlett Publishers.
- Temel T. (2003). "Özel Hastaneler Sektör Profili". İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2014). "Sağlık İşletmeleri Yönetimi". Nobel Yayınları, Ankara.
- Ulutaş, Ç.Ü. (2011). "Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü." 1. Baskı, NotaBene Yayınları, Ankara.
- Uyguç, N. (1998). "Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım". Dokuz Eylül Yayınları, İzmir.
- Wirtz, J., & Lovelock, C. (2021). "Services Marketing: People, Technology, Strategy." World Scientific.
- Wilson, A., Zeithaml, V., Bitner, M. J., & Gremler, D. (2016). EBOOK: "Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm." McGraw Hill.(eds.); 2nd ed.). Pearson Education India.
- Yıldırım, S. (2014). "Yönetim Teorileri". Siyasal Kitapevi, Ankara.

Süreli Yayınlar

- Aboubakr, R. M., & Bayoumy, H. M. (2022). "Evaluating Educational Service Quality Among Dentistry and Nursing Students with the SERVQUAL Model: A Cross-Sectional Study". Journal of Taibah University Medical Sciences. 17(4), 648-657.

- Abuzaineh N., Brashers E., Foong S., Feachem R. ve Da Rita P. (2018). “PPPs in Healthcare: Models, Lessons and Trends for The Future.”. Healthcare Public Private Partnership Series, No. 4. <https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/pub/ppp-report-series-business-model.pdf>, (30.05.2022).
- Akbolat, M., Senai, S., & Özgün, Ünal. (2018). “Hizmet Kalite Algısının Performansa Etkisi: Kocaeli Gölcük Tersanesinde Bir Uygulama”. İnsan ve İnsan, 5(15), 7-20.
- Akbolat, M., Amarat, M., Ö., Ünal., & Sütü E. S. (2019). “Benevolence or Competence Which is More Important For Patient Loyalty?”. Journal Of International Health Sciences And Management, 5(9), 76-84.
- Akdağ, Recep. “İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı”. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 749, Ankara, 2008.
- Akdur, R. (1999). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması”. AÜ TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara Üniv. Yayınları.
- Akdur, R. (1999). “Türkiye’nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları, (Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Bilim Bilanço 1923-1998”. Ulusal Toplantısı 8-9 Ekim 1999 İstanbul) TÜBA Yayınları, 1999 s:47-60
- Akdur, R. (1980). “Türkiye’de Sağlık Örgütlenmesinin Gelişimi”. Toplum ve Hekim (TTB) Yayın Organı, Sayı: 28, İstanbul, 1980 s:36 – 43
- Aktaş, H., & Yılmaz, N. (2017). “Üniversite Gençlerinin Yalnızlık ve Utangaçlık Unsurları Açısından Akıllı Telefon Bağımlılığı.” International Journal of Social Sciences and Education Research, 3(1), 85-100.
- Aladwan, M. A., Salleh, H. S., Anuar, M. M., ALhwadi, H., & Almomani, I. (2021). “The Relationship Among Service Quality, Patient Satisfaction and Patient Loyalty: Case Study in Jordan Mafrq Hospital”. Linguistics and Culture Review, 5(S3), 27-40.
- Al-Hawari, M. A. (2015). “How The Personality of Retail Bank Customers Interferes With The Relationship Between Service Quality and Loyalty”. International Journal of Bank Marketing.
- Al-Khrabsheh, A. A., Mahdi, O. R., Muttar, A. K., & Abdullah II, P. A. H. B. (2017). “Health Service Quality and Its Impact on Strategic Success: A Field Study on the Private Hospitals of Jordan”. International Journal of Business and Management, 12(10), 185-185.
- Al-Mhasnah, A., Salleh, F., Afthanorhan, A., & Ghazali, P. J. M. S. L. (2018). “The Relationship Between Services Quality and Customer Satisfaction Among Jordanian Healthcare Sector”. Management Science Letters, 8(12), 1413-1420.
- Almomani, R., Al-Ghdabi, R., & Banyhamdan, K. (2020). “Patients’ Satisfaction of Health Service Quality in Public Hospitals: A PubHosQual Analysis”. Management Science Letters, 10(8), 1803-1812.

- Alper, Y. (2011). “Kurumsal Yapıda “Tek Çatı” Hayata Geçti.” In Journal of Social Policy Conferences (No. 53, pp. 141-171).
- Altay, A. (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”. Sayıştay Dergisi, (64), 33-58. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/sayistay/issue/61521/918900>
- Altman, D. E., Clancy, C., & Blendon, R. J. (2004). “Improving Patient Safety Five Years After the IOM Report”. New England Journal of Medicine, 351(20), 2041-2043.
- Altındağ, Ö. ve Yıldız, A. (2020). “Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü”. Birey ve Toplum Dergisi, 10(1), 157-184.
- Anabila, P., Kumi, D. K., & Anome, J. (2019). “Patients’ Perceptions of Healthcare Quality in Ghana: A Review of Public and Private Hospitals”. International Journal of Health Care Quality Assurance.
- Anabila, P., Ameyibor, L. E. K., Allan, M. M., & Alomenu, C. (2022). “Service Quality and Customer Loyalty in Ghana’s Hotel Industry: The Mediation Effects of Satisfaction and Delight”. Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism, 23(3), 748-770.
- Anbori, A., Ghani, S. N., Yadav, H., Daher, A. M., & Su, T. T. (2010). “Patient Satisfaction and Loyalty to The Private Hospitals in Sana’a, Yemen”. International Journal for Quality in Health Care, 22(4), 310-315.
- Anderson, E. A. (1995). Measuring Service Quality At A University Health Clinic. International Journal Of Health Care Quality Assurance, 8(2), 32-37.
- Ariffin, A. A. M., Zain, N. M., Menon, B. V., & Aziz, N. A. (2022). “The Customer Satisfaction Index Model: An Empirical Study of The Private Healthcare Sector in Malaysia”. The Journal of Asian Finance, Economics and Business, 9(1), 93-103.
- Aslan, S. & Erdem, R. (2017). “Hastanelerin Tarihsel Gelişimi”. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (27), 7-21
- Asnawi, A., Awang, Z., Afthanorhan, A., Mohamad, M., & Karim, F. J. M. S. L. (2019). “The Influence of Hospital Image and Service Quality on Patients’ Satisfaction and Loyalty”. Management Science Letters, 9(6), 911-920.
- Ataman, G., & Yarımoğlu, E. K. (2018). “Hastane Türlerine Göre Hasta Memnuniyetini ve Hastane Seçimini Etkileyen Unsurlar”. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(2), 273-288.
- Avci, E. (2022). “Evaluating The Effectiveness of Bioethics Education Through Quality Standards and Indicators”. International Journal of Ethics Education, 7(1), 5-19.
- Azizağaoğlu, A., & Altunışık, R. (2012). “Postmodernizm, Sembolik Tüketim ve Marka”. Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi, 4(2), 33-50.

- Bakkal, A. (2013). “İslam Tarihinde Tıbbın Gelişmesi ve Silvan’da Tıp”. Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 30(30), 9-43
- Barzansky, B. (2010). “Abraham Flexner and The Era of Medical Education Reform”. Academic Medicine, 85(9), S19-S25.
- Bateson, John E. G. (1977), “Do We Need Service Marketing? in Marketing Consumer Services: New Insights”. Marketing Science Institute, Report, 77-115 (December)
- Bentum-Micah, G., Wang, W., Ameyaw, M. A., Ma, Z. ve Bondzie-Micah, V. (2020). “Satisfaction Equally Drive Patients Loyalty in Private Healthcare Delivery: Thinking The Future”. International Journal of Managment, Accounting and Economics, 7(2), 86-101.
- Berry, L. L. (1980). “Services Marketing is Different”. Business, 30(3), 24-29.
- Best, M., & Neuhauser, D. (2004). “Ignaz Semmelweis and The Birth of Infection Control”. BMJ Quality & Safety, 13(3), 233-234
- Beylik, U., Kayral, İ. H., & Çıraklı, Ü. (2015). “13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme”. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2(4), 183-189.
- Biçer, E. B., & Yurtsal, K. (2021). “Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Algısı”. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 25(2), 751-773.
- Bou-Llusar, J. C., Camisón-Zornoza, C., & Escrig-Tena, A. B. (2001). “Measuring The Relationship Between Firm Perceived Quality and Customer Satisfaction and Its Influence on Purchase Intentions”. Total Quality Management, 12(6), 719-734.
- Bozkurt, İ., & Ahmet, T.A.N. “Hastaların Belirsizlik Algısının Memnuniyet ve Sadakatle İlişkisi ve Hizmetin Şekli ve Hastane Türüne Göre Karşılaştırılması (Gaziantep Örneği).” Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 6(1), 1-14.
- Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D., Acker, J., & Plough, A. (2018). “What is Health Equity?”. Behavioral Science & Policy, 4(1), 1-14.
- Budak, D. (2021). “İlkçağlardan Günümüze Hekimliğin Gelişimi”. Journal of Medical Sciences, 2(2), 6-10.
- Carlin, C. S. (2014). “Patient Loyalty in a Mature IDS Market: is Population Health Management Worth it?”. Health Services Research, 49(3), 1011-1033.
- Chahal, H., & Mehta, S. (2013). “Modeling Patient Satisfaction Construct in The Indian Health Care Context”. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing.
- Chu, P.-, Lee, G.-. & Chao, Y. (2012). “Service Quality, Customer Satisfaction, Customer Trust, and Loyalty in an E-Banking Context”. Social Behavior and Personality, 40(8), 1271-1284.

- Churchill Jr, G. A., & Surprenant, C. (1982). "An Investigation Into The Determinants of Customer Satisfaction". *Journal of Marketing Research*, 19(4), 491-504.
- Coleman, M. P., Gatta, G., Verdecchia, A., Esteve, J., Sant, M., Storm, H., ... & Berrino, F. (2003). "EUROCare-3 Summary: Cancer Survival in Europe At The End of The 20th century". *Annals of Oncology*, 14, v128-v149.
- Coetzee, J., Van Zyl, H. and Tait, M. (2013). "Perceptions of Service Quality by Clients and Contactpersonnel in The South African Retail Banking Sector". *Southern African Business Review*, Vol. 17 No. 1, pp. 1-22.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). "Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension". *Journal of Marketing*, 56(3), s. 55-68
- Crosby, P. B. (1997). "Quality Management". *Quality and Reliability*, 53, 1-6.
- Çaklı, İ. Ö. (2021). "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Donabedian Kalite Özellikleri ve Sağlık Çalışanlarının Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi". *İş'te Davranış Dergisi*, 6(1), 1-15.
- Çavmak, Ş., & Çavmak, D. (2017). "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı". *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çalimli, E. N., Batuhan, F., Büyükkal, T., & Nurten, K. A. Y. A. (2019). "Öğrencilerin Kayırmacılık Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi". *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 357-365.
- Çelik, Y. (2017). "Velid B. Abdülmelik Döneminde Sosyal Hizmet Uygulamaları". *İSTEM / 30* (December 2017): 355-369.
- Dainty, K. N., & Sinclair, D. (2017). "A Critical Qualitative Study of tTe Position of Middle Managers in Health Care Quality Improvement". *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 172-179.
- Dam, S. M., & Dam, T. C. (2021). "Relationships Between Service Quality, Brand Image, Customer Satisfaction, and Customer Loyalty". *The Journal of Asian Finance, Economics and Business*, 8(3), 585-593.
- Davy, C., Harfield, S., McArthur, A., Munn, Z., & Brown, A. (2016). "Access to Primary Health Care Services for Indigenous Peoples: A Framework Synthesis". *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1-9.
- Değirmenci, B. (2022). "Çalışanların Çevresel Bağlılıklarının İncelenmesi: Kamu ve Özel Sektör Karşılaştırması". *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (52), 67-79.
- Deriba, B. S., Geleta, T. A., Beyane, R. S., Mohammed, A., Tesema, M., & Jemal, K. (2020). "Patient Satisfaction and Associated Factors During COVID-19 Pandemic in North Shoa Health Care Facilities". *Patient Preference and Adherence*, 14, 1923.

- Devebakan, N. ve Aksaraylı M. (2003). “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması”. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(1), 38-54.
- Didia, J. U. D., & Idenedo, O. W. (2021). “Customer Orientation and Loyalty Behaviour of Users of Global System of Mobile Telecommunication Services”. BW Academic Journal, 2021(2021).
- Dizman, H. (2018). “Hastane Yönetim Bilgi Sistemlerini Kullanan Sağlık Kurumlarında Hasta Memnuniyetini ve Hasta Sadakatini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi, (70), 68-87.
- Doğan, V. (2017). “Davranışsal ve Sosyal Bilimlerde Yaygınca Sorgulanan 10 Metodolojik Sorunun Cevabı”. Beta Dergi, Cilt:3, Sayı:2.
- Donabedian, A., (1988). “The Quality of Care: How Can It Be Assessed?”. Journal of the American Medical Association, 260:1743–1748.
- Donabedian, Avedis (1993). “Quality in Health Care: Whose Responsibility Is It?”. American Journal Of Medical Quality, 8(2): 34.
- Durukan, T., & Bozaci, I. (2011). “The Role of Individual Characteristics on Customer Loyalty”. International Journal of Business and Social Science, 2(23).
- Eggleson K. (2004) “Competition, Altruism and Provider Payment”. Department of Economics Tufts University, Medford, www.asetufts.edu/econ. (02.07.2005).
- El-Tohamy, A. E. M. A., & Al Raoush, A. T. (2015). “The Impact of Applying Total Quality Management Principles on The Overall Hospital Effectiveness: An Empirical Study on The HCAC Accredited Governmental Hospitals in Jordan”. European Scientific Journal, 11(10).
- Erer, S. & Atıcı, E. (2010). “Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler”. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 36 (1), 29-32. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/uutfd/issue/35281/391528>
- Erer, S. (2010). “Osmanlılar Döneminde Bursa’da Yapılan Hastaneler”. Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11 (19), 241-252 Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/sosbilder/issue/23073/246536>
- Ersöz, S., Pınarbaşı, M., Kürşat Türker, A.K. ve Yüzükırmızı, M. (2009). “Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Eşitlik Modelleri ile Analizi: Öğretmen Evi Uygulaması”. International Journal of Engineering Research and Development, 1(1):19-27.
- Ertuğrul, A. (2009). “XIX. Yüzyılda Osmanlı'da Ortaya Çıkan Farklı Yapı Tipleri”. Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi, (13), 293-312.
- Eleren, A., & Kiliç, B. (2007). “Turizm sektöründe SERVQUAL Analizi ile Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ve Bir Termal Otelde Uygulama”. Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9(1), 235

- Evans, E. C. (2016). "Exploring the Nuances of Nurse-Patient Interaction Through Concept Analysis: Impact on Patient Satisfaction". *Nursing Science Quarterly*, 29(1), 62-70.
- Evirgen, H. & Yorulmaz, M. (2019). "Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS): Bir Kamu Hastanesi Örneği". *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7 (16), 432-443.
- Farahani, M. F., Shamsikhani, S., & Hezaveh, M. S. (2014). "Patient Satisfaction With Nursing and Medical Care in Hospitals Affiliated to Arak University of Medical Sciences in 2009". *Nursing and Midwifery Studies*, 3(3), 10–2.263.
- Fatima, T., Malik, S. A., & Shabbir, A. (2018). "Hospital Healthcare Service Quality, Patient Satisfaction and Loyalty: An Investigation in Context of Private Healthcare Systems". *International Journal of Quality & Reliability Management*.
- Fatimah, S., Idrus, M., Mukhtar, A., Salam, K. N., & Ismawati, I. (2022). "Study On Service Quality On Customer Satisfaction And Loyalty". *Jurnal Manajemen*, 26(3), 512-532.
- Fedai, Recep. (2019). "Sağlıkta Dönüşüm Programının Öncesi: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi: 1923-2003". *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi* 8.2 (2019): 2010-2032.
- Fedai, R. (2020). "Şehir Hastaneleri’nin Gelişim Sürecinde Sağlık Bakanlığı’nın Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü." *Journal of Management and Economics Research*, 18 (4), 1-28. DOI: 10.11611/yea.569978
- Fida, B. A., Ahmed, U., Al-Balushi, Y., & Singh, D. (2020). "Impact of Service Quality on Customer Loyalty and Customer Satisfaction in Islamic Banks in The Sultanate of Oman". *Sage Open*, 10(2), 2158244020919517.
- Firuzan, A. R. (2017). "Hastane Hizmet Kalitesinin Hasta Aidiyeti Üzerine Etkileri: Yapısal Eşitlik Modeli ve Arabuluculuk". *Business & Management Studies: An International Journal*, 5(2), 462-480
- Fornell, C.-. Larcker, D.F., "Evaluating Structural Equation Models With Unobservable Variables And Measurement Error". *Journal of Marketing Research*, Sayı:1, Cilt:18, 1981, s. 39-50.
- Fonseca, L. M. (2014). "ISO 9001: 2015 Revision". In *Proceedings of the 1st International Conference on Quality Engineering and Management* (p. 391).
- Fornell, C., Larcker, D.F., 1981. "Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error". *J. Mark. Res.* 18 (1), 39–50.
- Gong, T., & Yi, Y. (2018). "The Effect of Service Qality on Customer Satisfaction, Loyalty, and Happiness in Five Asian Countries". *Psychology & Marketing*, 35(6), 427-442.

- Gontur, S., Gadi, P. D., & Bagobiri, E. (2022). "Service Quality and Customer Loyalty: The Mediating Effect of Customer Brand Identification In The Nigerian Hospitality Industry". *International Journal of Marketing & Human Resource Research*, 3(1), 38-51.
- Gill, L., & White, L. (2009). "A Critical Review of Patient Satisfaction". *Leadership in Health Services*.
- Godiwalla, Y.H., Batra, H.C., Johnson, J. A. and Charleston, C., (1997). "Managing Hospitals in Dynamic Environments". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10(5): 202-207
- Grönroos, C. (2001). "The Perceived Service Quality Concept—A Mistake? Managing Service Quality". *An International Journal*.
- Gümüş, F. Ç. V. E, Çelikay, F. & Gümüş, E. (2010). "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı". *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (1). s.177-216. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/ogusbd/issue/10997/131606>
- Gürsöz, H., Adil, M., Öztürk, A., Tarhan, D., Aksoy, H., Gündüz, Ş., Kayral, İ. H., Dilmaç, E., Özbay, H., Zergeroğlu, S., Akın, M., Karadayı, B., Tekin, K., Sarı, A., Yıldız, M. S. & Avcı, B. (2018). "Türkiye Klinik Kalite Programı; Sağlık Hizmet Sunucuları, Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite Algısı". *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14 (2), 73-86. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/issue/37269/366226>
- Güneş, M. (2022). "Sağlık Politikası Kavramı ve Sağlık Politikalarının Türkiye’de Tarihsel Perspektifi, 4. Bölüm". *Güncel İktisadi ve Mali Araştırmalar*, İksad Yayınevi, Ankara.
- Hebert, F. (1994). "Service Quality: An Unobtrusive Investigation of Interlibrary Loan in Large Public Libraries in Canada. *Library & Information Science Research*, 16(1), 3-21.
- Hesse, C., & Rauscher, E. A. (2019). "The Relationships Between Doctor-Patient Affectionate Communication and Patient Perceptions and Outcomes". *Health Communication*, 34(8), 881-891.
- Ibn El Haj, H., Lamrini, M., & Rais, N. (2013). "Quality of Care Between Donabedian Model and ISO9001V2008". *International Journal for Quality Research*, 7(1).
- Ibrahim, M. S. (2020). "Validating Service Quality (SERVQUAL) In Healthcare: Measuring Patient Satisfaction Using Their Perceptions in Jordan". *Journal of Information & Knowledge Management*, 19(01), 2040021.
- Hadi, N. U., Aslam, N., & Gulzar, A. (2019). "Sustainable Service Quality and Customer Loyalty: The Role of Customer Satisfaction and Switching Costs in the Pakistan Cellphone Industry". *Sustainability*, 11(8), 2408.
- Hatch, M. J. (2018). "Organization Theory: Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives". Oxford University Press.

- Hong, C., & Slevitch, L. (2018). "Determinants of Customer Satisfaction and Willingness to Use Self-service Kiosks in The Hotel Industry". *Journal of Tourism & Hospitality*, 7(5), 1-7.
- Howell, J., & Ayanian, J. (2016). "Ernest Codman and The End Result System: A Pioneer of Health". *Outcomes Revisited. Journal of Health Services Research & Policy*, 21(4), 279-281.
- Hoyer, R. W., Hoyer, B. B., Crosby, P. B., & Deming, W. E. (2001). "What is Quality." *Quality Progress*, 34(7), 53-62.
- Huang, I. C., Du, P. L., Lin, L. S., Liu, T. Y., Lin, T. F., & Huang, W. C. (2021). "The Effect of Perceived Value, Trust, and Commitment on Patient Loyalty in Taiwan. INQUIRY". *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 00469580211007217.
- Hussain, R., Nasser, A.A. and Hussain, Y.K. (2015), "Service Quality and Customer Satisfaction of a UAE-Based Airline: An Empirical Investigation". *Journal of Air Transport Management*, Vol. 42 No. 1, pp. 167-175.
- Hill, T. P. (1977). "On Goods And Services". *Review of Income and Wealth*, 23(4), 315-338.
- Ibrahim, M. S. (2020). "Validating Service Quality (SERVQUAL) In Healthcare: Measuring Patient Satisfaction Using Their Perceptions in Jordan". *Journal of Information & Knowledge Management*, 19(01), 2040021.
- Idenedo, O. W., & Goodie-Okio, J. A. (2022). "Contact Employee Recognition and Customer Loyalty of Healthcare Firms in South-South, Nigeria". *International Journal of Business Systems and Economics*, 13(5), 33-50.
- Ivanov, O., Gojković, Z., Simeunović, N., Gračanin, D., Milovančev, A., Ivanov, D., ... & Stojić, N. (2022). "Healthcare Service Quality from the Point of Healthcare Providers' Perception at the Time of COVID-19". *Challenges*, 13(1), 26.
- Javed, S. A., Liu, S., Mahmoudi, A., & Nawaz, M. (2019). "Patients' Satisfaction and Public and Private Sectors' Health Care Service Quality in Pakistan: Application of Grey Decision Analysis Approaches". *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e168-e182.
- Jonkisz, A., Karniej, P., & Krasowska, D. (2022). "The Servqual Method As An Assessment Tool of the Quality of Medical Services in Selected Asian Countries". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7831.
- Judd, R. C. (1964). "The Case for Redefining Services". *Journal of Marketing*, 28(1),
- Kansoy, S. U. (2021) "Modern Yönetim Teorileri." *Sosyal Bilimlerde Güncel Konulara Teorik Politik ve Ampirik Yaklaşımlar*". 141.
- Karahüseyinoğlu, E. K. (2021). "Kalite Yönetimi Perspektifinde Sağlık Hizmetleri". *Journal of Academic Value Studies*, 7(3), 394-402.

- Kayastha, S. (2011). “Defining Service and Non-Service Exchanges”. *Service Science*,
- Kayral, İ. (2014). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli”. *Verimlilik Dergisi*, (3), 65-81.
- Kesik, M. (2020). “Selçuklular’da Sağlık, Sağlık Kurumları ve Tıp Eğitimi”. *Tarih Dergisi*, (71),115-144 Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/iutarih/issue/56577/787107> 3(4), 313-324.
- Khan, M. T. (2013). “Customers Loyalty: Concept & Definition (a review)”. *International Journal of Information, Business and Management*, 5(3), 168.
- Khan, R. U., Salamzadeh, Y., Iqbal, Q., & Yang, S. (2020). “The Impact of Customer Relationship Management and Company Reputation on Customer Loyalty: The Mediating Role of Customer Satisfaction”. *Journal of Relationship Marketing*, 1– 27.
- Khawaja, L., Ali, A., & Mostapha, N. (2021). “The Mediating Effect of Customer Satisfaction in Relationship with Service Quality, Corporate Social Responsibility, Perceived Quality and Brand Loyalty”. *Management Science Letters*, 11(3), 763-772.
- Khoa, B. T. (2020). “The Antecedents of Relationship Marketing And Customer Loyalty: A Case of The Designed Fashion Product”. *The Journal of Asian Finance, Economics and Business*, 7(2), 195-204.
- Kalaja, R., Myshketa, R., & Scalera, F. (2016). “Service Quality Assessment in Health Care Sector: The Case of Durres Public Hospital”. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 235, 557-565.
- Kıraç, R. (2019). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi”. (Yunus Emre Öztürk). *Scientific Developments*, 401.
- Kim, Y.-E. and Lee, J.-W. (2010), “Relationship Between Corporate Image and Customer Loyalty in Mobile Communications Service Markets”. *Africa Journal of Business Management*, Vol. 4 No. 18, pp. 4035-4041.
- Kalaja, R., Myshketa, R., & Scalera, F. (2016). “Service Quality Assessment In Health Care Sector: The Case of Durres Public Hospital”. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 235, 557-565.
- Kol, E. (2015). “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi”. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 135-164.
- Korkmaz, S., & Çuhadar, U. (2017). “Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 72-87.
- Korkmaz, M., & Özdemir, M. (2022). “Personel Güçlendirmenin Örgütsel Vatandaşlık Davranışına Etkisi: Yapısal Eşitlik Model Analizi”. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 14(3), 2342-2353.

- Kozak, M. A., & Aydın, B. (2018). "Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli: Otelcilik Alanyazını Üzerinden Bir Değerlendirme. *Anatolia*". *Turizm Araştırmaları Dergisi*, 29(2), 175-184.
- Kökçü, A. T. (2014). "Türkiye'de Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları". *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 22(3), 98-105.
- Kul, S. (2014). "İstatistik Sonuçlarının Yorumu: P Değeri ve Güven Aralığı Nedir? Interpretation Of Statistical Results: What Is P Value And Confidence Interval?". *Plevra Bülteni*, 8(1), 11.
- Kwak, Y. H., Chih, Y., & Ibbs, C. W. (2009). "Towards A Comprehensive Understanding of Public Private Partnerships for Infrastructure Development". *California Management review*, 51(2), 51-78.
- Ladhari, R., & Rigaux-Bricmont, B. (2013). "Determinants of Patient Satisfaction With Public Hospital Services". *Health Marketing Quarterly*, 30(4), 299-
- Lacap, J. P., & Alfonso, K. J. (2022). "The Mediating Role of Patient Loyalty On The Relationship Between Satisfaction on Physical Environment And Intention to Recommend". *Asia-Pacific Social Science Review*, 22(2), 318.
- Leblebici, D. N. (2008). "Örgüt Kuramının Temelleri". *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 9(1), 111-129.
- Leebow, W., & Ersoz, C. J. (1992). "The Health Care Manager's Guide to Continuous Quality Improvement". *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 14(6), 57.
- Lee, S. M., & Lee, D. (2022). "Effects of Healthcare Quality Management Activities and Sociotechnical Systems on Internal Customer Experience and Organizational Performance". *Service Business*, 16(1), 1-28.
- Lei, P., & Jolibert, A. (2012). "A Three-Model Comparison of The Relationship Between Quality, Satisfaction and Loyalty: An Empirical Study of The Chinese Healthcare System". *BMC Health Services Research*, 12(1), 1-11.
- Lau, M. M., Cheung, R., Lam, A. Y., & Chu, Y. T. (2013). "Measuring Service Quality in The Banking Industry: A Hong Kong Based Study". *Contemporary Management Research*, 9(3), 263.
- Leclercq-Machado, L., Alvarez-Risco, A., Esquerre-Botton, S., Almanza-Cruz, C., de las Mercedes Anderson-Seminario, M., Del-Aguila-Arcentales, S., & Yáñez, J. A. (2022). "Effect of Corporate Social Responsibility On Consumer Satisfaction and Consumer Loyalty of Private Banking Companies in Peru". *Sustainability*, 14(15), 9078.
- Lee, D. (2018). "Strategies for Technology-Driven Service Encounters for Patient Experience Satisfaction in Hospitals". *Technological Forecasting and Social Change*, 137, 118-127.
- Liu, L., & Fang, J. (2019). "Study on Potential Factors of Patient Satisfaction: Based on Exploratory Factor Analysis". *Patient Preference and Adherence*, 13, 1983.

- Magasi, C., Mashenene, R. G., & Ndengenesa, D. M. (2022). "Service Quality and Students' Satisfaction in Tanzania's Higher Education: A Re-Examination of SERVQUAL Model". *International Review of Management and Marketing*, 12(3), 18–25.
- Maglio, P. P., & Spohrer, J. (2013). "A Service Science Perspective on Business Model Innovation". *Industrial Marketing Management*, 42(5), 665-670.
- Makanyeza, C., & Chikazhe, L. (2017). "Mediators of The Relationship Between Service Quality and Customer Loyalty: Evidence From the Banking Sector in Zimbabwe". *International Journal of Bank Marketing*.
- Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Shah, S. I. A. (2019). "Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3318.
- Marin-García, A., Gil-Saura, I., & Ruiz-Molina, M. E. (2022). "Do Innovation and Sustainability Influence Customer Satisfaction in Retail? A Question of Gender". *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*, 35(1), 546-563.
- Meesala, A., & Paul, J. (2018). "Service Quality, Consumer Satisfaction and Loyalty in Hospitals: Thinking For The Future". *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 261-269.
- Merry, M. D., & Crago, M. G. (2001). "The Past, Present and Future of Health Care Quality". *Physician Executive*, 27(5), 30-30.
- Metin, N. Y. "Osmanlı'nın Son Döneminde Bir Kasaba Hastanesi: İnşa Süreci ve Mimarisiyle Dedeoğlu Gurebâ Hastanesi". *Sanat Tarihi Dergisi*, 29(2), 945-961.
- Micheli, A., Coebergh, J. W., Mugno, E., Massimiliani, E., Sant, M., Oberaigner, W., ... & Steward, J. A. (2003). "European Health Systems And Cancer Care". *Annals of Oncology*, 14, v41-v60.
- Mohammed, A. H., & Mahmood, M. M. (2022). "Quality Service, Customer Retention, And The Mediating Role Of Customer Satisfaction On: An Exploratory Study In Healthcare Institutions In Mosul City. *Quality-Access to Success*, 23(187).
- Mosadeghrad, AM. (2013). "Healthcare Service Quality: Towards a Broad Definition". *International Journal of Healthcare Quality Assurance*. 26(3):203-219.
- Mosadeghrad, A.M. (2012), "A Conceptual Framework for Quality of Care". *Materia Socio-Medica*, Vol. 24 No. 4, pp. 251-261.
- Mulisa, T., Tessema, F., & Merga, H. (2017). "Patients' Satisfaction Towards Radiological Service and Associated Factors in Hawassa University Teaching and Referral Hospital, Southern Ethiopia". *BMC Health Services Research*, 17(1), 441.
- Naidu A., (2009). "Factors Affecting Patient Satisfaction and Healthcare Quality". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2009; 22(4):366-381.

- Neupane, R., & Devkota, M. (2017). "Evaluation of The Impacts of Service Quality Dimensions on Patient/Customer Satisfaction: A study of Private Hospitals in Nepal." *International Journal of Social Sciences and Management*, 4(3), 165-176.
- Nguyen, T., Nguyen, H., & Dang, A. (2020). "Determinants of Patient Satisfaction: Lessons From Large-Scale Inpatient Interviews in Vietnam". *PloS One*, 15(9), e0239306.
- Novitasari, D. (2022). Hospital Quality Service and Patient Satisfaction: How The Role of Service Excellent and Service Quality? *Journal of Information Systems and Management (JISMA)*, 1(1), 29-36.
- Nutbeam, D. (1998). "Evaluating Health Promotion—Progress, Problems and Solutions". *Health Promotion International*, 13(1), 27-44.
- Nshimiyimana, A. (2020). "The Mediating Effects of Customer Satisfaction in the Relationship Between ATM Service Quality and Customer Loyalty – A Case Study from Bank of Kigali". *European Journal of Business and Management Research*, 5(4).
- Nyan, L. M., Rockson, S. B., & Addo, P. K. (2020). "The Mediation Effect of Customer Satisfaction on the Relationship Between Service Quality and Customer Loyalty". *Journal of Management and Strategy*, 11(3), 13-27.
- Oliver, R.L. (1999). "Whence Consumer Loyalty?". *Journal of Marketing*, 63, 33-45.
- Onkvisit, S., & Shaw, J. J. (1991). "Marketing Theories, Models And General Issues: Is Services Marketing" Really" Different?". *Journal of Professional Services Marketing*, 7(2), 3-17.
- Özden, A. T. (2021). "Covid-19 Pandemisi Döneminde Hastanelerde Hizmet Kalitesi Üzerine Bir Araştırma". *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 9(2), 42-66.
- Öztürk, Levent. (2004). "Abbasiler Döneminde Yaşayan Hristiyan Doktorların İslam Toplumuna Katkıları". *İSTEM / 3* (December 2004): 71-79.
- Pala, K. (2014). "Neoliberal Sağlık Reformlarının Etkisi: Kamu Hastanelerinde Finansman Yapısı Değişiyor". *Toplum ve Hekim*, 29(6), 414-429.
- Pala, K. (2020). "Şehir Hastaneleri Kamulaştırılmalıdır!". *Sosyal Politika*, Ekim-Kasım- Aralık.
- Pandey, N., Tripathi, A., Jain, D., & Roy, S. (2020). "Does Price Tolerance Depend Upon the Type of Product in E-Retailing? Role of Customer Satisfaction, Trust, Loyalty, and Perceived Value". *Journal Of Strategic Marketing*, 28(6), 522-541.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). "A Conceptual Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research". *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. L. (1986). "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality". Report No. 86-108, Marketing Science Institute, Cambridge, MA.
- Parasuraman A, Berry LL and Zeithaml VA (1991). "Understanding Customer Expectations of Service". Sloan Management Review 32 (3): 39-48
- Peşkircioğlu, N. (1994). "Toplam Kalite Yönetimi Sistemi, ISO 9000 Standartlar". Verimlilik Dergisi, 1994 s: 96.
- Phipps, W. E. (1988). "The Origin Of Hospices/Hospitals". Death Studies, 12(2), 91-99.
- Pratminingsih, S. A., Astuty, E., & Widyatami, K. (2018). "Increasing Customer Loyalty of Ethnic Restaurant Through Experiential Marketing and Service Quality". Journal of Entrepreneurship Education, 21(3), 1-11.
- Pujar, R. P., & Charegaonkar, (2022), "To Measure Service Quality of Online Food Delivery Service Providers in Pune using Servperf Model". Journal Of Management & Entrepreneurship, 143.
- Rather, R. A., Tehseen, S., Itoo, M. H., & Parrey, S. H. (2021). "Customer Brand Identification, Affective Commitment, Customer Satisfaction, and Brand Trust as Antecedents of Customer Behavioral Intention of Loyalty: An Empirical Study in The Hospitality Sector". In Consumer Behaviour in Hospitality and Tourism (pp. 44-65). Routledge.
- Rathmell, John M. (1966). "What is Meant by Services?". Journal of Marketing 30 (October) 32-36.
- Regan, William J. (1963), "The Service Revolution". Journal of Marketing, 47 (July), 57-62.
- Saricam, C. (2022). "Analysing Service Quality and Its Relation to Customer Satisfaction and Loyalty in Sportswear Retail Market". Autex Research Journal, 22(2), 184-193.
- Samancı, M., & Bayrak Kök, S. (2020). "Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesi: Samsun İli Örneği". Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, 1, 43-53.
- Sandhyaduhita, P., Fajrina, H. R., Pinem, A. A., Hidayanto, A. N., Handayani, P., & Junus, K. (2016). "Hospital Service Quality From Patients Perspective: A case of Indonesia. International". Journal of E-Health and Medical Communications (IJEHMC), 7(4), 48-61.
- Savaş, T., Keleş, R., & Göktaş, B. (2020). "Kamu Özel İş birliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği". Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 22-31.
- Sayım, F., & Aydın, V. (2011). "Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistemik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma". Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 29(29), 3.

- Sargutan, A. E. (2005). “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8 (3), 400-428. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/7558/99351>
- Schmenner, R W (1986) “How can Service Businesses Survive and Prosper?”. Sloan Management Review, Spring, 21–32.
- Schuster, M. A., McGlynn, E. A., & Brook, R. H. (1998). “How Good Is The Quality Of Health Care In The United States?”. The Milbank Quarterly, 76(4), 517-563.
- Sezgin, A. Ş., & Bölümü, İ. A. (2015). “Özel Hastaneler Sektörü”. Türkiye İş Bankası İktisadi Araştırmalar Bölümü, 4.
- Sharoff, L. (2015). “Simulation: Pre-briefing Preparation, Clinical Judgment and Reflection. What is the Connection?”. Journal of Contemporary Medicine 5(2): 88-101
- Sheingold, B. H., & Hahn, J. A. (2014). “The History of Healthcare Quality: The first 100 Years 1860–1960.”. International Journal of Africa Nursing Sciences, 1, 18-22.
- Shostack, G. L. (1977). “Breaking Free From Product Marketing.”. Journal of Marketing, 41(2), 73-80.
- Silver, G. A. (1990). “Paul Anthony Lembcke, MD, MPH: A Pioneer in Medical Care Evaluation”. American Journal of Public Health, 80(3), 342-348.
- Siripipatthanakul, S., & Vui, C. N. (2021). “A Conceptual Review on The Mediating Effect of Patient Satisfaction Towards Patient Loyalty in The Dental Practice in Thailand”. International Journal of Behavioral Analytics, 1(2), 1-16.
- Sohail, M. S., & Hasan, M. (2021). “Students’ Perceptions of Service Quality in Saudi Universities: The SERVPERF Model”. Learning and Teaching in Higher Education: Gulf Perspectives.
- Solimun, S., & Fernandes, A. A. R. (2018). “The Mediation Effect of Customer Satisfaction in The Relationship Between Service Quality, Service Orientation, and Marketing Mix Strategy to Customer Loyalty”. Journal of Management Development.
- Stiglitz, J. E. (2000). “Capital Market Liberalization, Economic Growth, And Instability”. World Development, 28(6), 1075-1086.
- Syam, P. J. P., & Achmadi, H. (2022). “The Influence of Service Quality Towards Revisit Intention to Private Hospitals in Indonesia”. Budapest International Research and Critics Institute (BIRCI-Journal): Humanities and Social Sciences, 5(2), 8731-8741.
- Şimşek, Y. B., & Armağan, G. (2020). “Tarımsal Yayım ve Danışmanlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi: Aydın İlinde Bir Uygulama”. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, 12(2), 150-169.

- Tanrıverdi, F. (2019). “Sağlıkta Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyetine Etkisi”. Kesit Akademi Dergisi, (20), 181-224. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/kesitakademi/issue/59818/863734>
- Tee, D. K. (2022). “Mediating Effect of Customer Satisfaction on the Relationship Between Service Quality and Customer Loyalty in the Ghana Banking Industry”. International Journal of Research and Scientific Innovation (IJRSI) [Volume IX, Issue IV.
- Temür, Y. ve Bakırcı, F., (2008). “Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir VZA Uygulaması”. Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt. X, Sayı: 3, 261-281.
- Tekinalp, M., & Şahinöz, T. (2021). “Bekleme Sürelerinin Hasta Memnuniyeti Üzerinde Etkilerinin Ölçülmesi”. ODÜ Tıp Dergisi, 8(3), 13-18.
- Thadani, K. B. (2014). “Public Private Partnership in The Health Sector: Boon or Bane”. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 157, 307-316.
- Thi, K., Huy, T., Van, C., & Tuan, P. (2020). “The Effects of Service Quality on International Tourist Satisfaction and Loyalty: Insight From Vietnam”. International Journal of Data and Network Science, 4(2), 179-186.
- Tucker, J. III and Adams, S.R. (2001), “Incorporating Patients’ Assessments of Satisfaction and Quality: an Integrative Model of Patients’ Evaluations of Their Care”. Managing Service Quality, Vol. 11 No. 4, pp. 272-86.
- Turan, O. (2020). “Selçuklu Kervansarayları”, Selçuklular ve İslamiyet, İstanbul 1980, s. 180-181; Bahattin Keleş, “Selçuklular’da Sağlık Politikası ve Kervansaraylarda Sağlık Hizmetleri”, 1. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi, 10. Ulusal Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı, 20-24 Mayıs 2008, ed. Ayşegül Demirhan Erdemir-Öztan Öncel-Yusuf Küçükdağ-Berrin Okka-Sezer Erer, Konya 2008, II, 1028.
- Turunç, Ö., & Yetkin, D. G. (2020). “Covid-19 Kaynaklı Pandemi Döneminde Tüketici Davranışları Parekendeci Markalı Ürünler Üzerine Bir Araştırma”. Gaziantep University Journal of Social Sciences, 19(COVID-19 Special Issue), 457-471.
- Thomas, D R E (1978) “Strategy Is Different In Service Businesses”. Harvard Business Review, July–Aug., 158–165.
- Uyurdağ, N., Yıldırım, A., & Köse, T. U. (2022). “Sağlık Bakım Alanında Sürekli İyileştirme Modelleri”. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(2), 429-444.
- Uysal, Y. (2019). “Kamu-Özel İş birliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri”. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 14 (3), 877-898. DOI: 10.17153/oguiibf.517120
- Uysal, H., Yiğit, M., & Göçen, B. C. (2020). “Erkek Hemşirelerden Bakım Alan Hastaların Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. Journal of Academic Research in Nursing, 6(2), 210-219.

- Üner, M. (1995). “Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir Mi?”. Pazarlama Dünyası, Cilt 8, sayı 43, s. 2-11.
- Ünsalan, M. (2016). “Hizmet Kalitesi ve Perakende Hizmet Kalitesi Ölçekleri Üzerine Literatür Taraması”. 2. Uluslararası Çin'den Adriyatik'e Sosyal Bilimler Kongresi. İktisat-Turizm-İşletme Bilimleri Özel Sayısı, 110-121.
- Van Ham, H., & Koppenjan, J. (2001). “Building Public-Private Partnerships: Assessing and Managing Risks in Port Development”. Public Management Review, 3(4), 593-616.
- Vogus, T. J., & McClelland, L. E. (2016). “When the Customer is The Patient: Lessons From Healthcare Research on Patient Satisfaction and Service Quality Ratings”. Human Resource Management Review, 26(1), 37-49.
- Wagstaff, A. (2009). “Social Health Insurance v. Tax-Financed Health Systems- Evidence from the OECD”. The World Bank Development Research Group, Policy Research Working Paper, 4821, 1-37
- Yağcı, M. İ., Duman, T. (2006). “Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması”. Doğu Üniversitesi Dergisi, C.7, S.2, İstanbul
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). “Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması”. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46, 74-85
- Yavuz, Y. (1988). “Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları”. ODTÜ Med, (8:2) 123-142
- Yener, E., & Öksüz, S. (2017). “Özel Hastanelerin Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Çözüm Önerileri”. Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10(2), 203-227
- Yetim, B., & Celik, Y. (2020). “What Predicts the Quality of Life in Turkey: The Results of a Country Representative Study”. Health & Social Care in the Community, 28(2), 431-438.
- Yıldırım, H. H. ve Konca, M. (2018). “Türkiye'de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri.”. TUSPE Yayınları, Ankara.
- Yuksel, A., Yuksel, F., & Bilim, Y. (2010). “Destination Attachment: Effects on Customer Satisfaction And Cognitive, Affective and Conative Loyalty”. Tourism Management, 31(2), 274-284.
- Wolf PhD, C. P. X. P., & Jason, A. (2018). “Elevating the Discourse on Experience in Healthcare's Uncertain Times”. Patient Experience Journal, 5(3), 1-5.
- Zaibaf, M., Taherikia, F., & Fakharian, M. (2013). “Effect of Perceived Service Quality on Customer Satisfaction in Hospitality Industry: Gronroos' Service Quality Model Development”. Journal of Hospitality Marketing & Management, 22(5), 490-504.

Zaid, A. A., Arqawi, S. M., Mwais, R. M. A., Al Shobaki, M. J., & Abu-Naser, S. S. (2020). “The Impact of Total Quality Management And Perceived Service Quality on Patient Satisfaction And Behavior Intention in Palestinian Healthcare Organizations”. Technology Reports of Kansai University, 62(03), 221-232.

Zeithaml V.A., Parasuraman A. and Berry L.L. (1985). “Problems and Strategies in Services Marketing”. Journal of Marketing, 49, 33- 46.

Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). “The Behavioral Consequences of Service Quality”. Journal of Marketing, 60(2), 31-46.

Diğer Yayınlar

Aba, A.T. (2022). “Şehir Hastanelerinde Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine ve Hasta Sadakatine Etkisi”. Bayburt Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Alma -Ata Bildirgesi, (1978):

https://istanbulism.saglik.gov.tr/Eklenti/27594/0/almaatabildirisi1978pdf.pdf?_tag1=FC3E7AC48F1716DEA440C85126AE87D30F858130, (25.05.2022)

Almanya Federal İstatistik Kurumu: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html>, (21.06.2022).

Aslan, T. (2020). “Sağlık Kurumlarında Hizmet Kalitesi Algısının Hasta Memnuniyeti Açısından Değerlendirilmesi: Bir Hastane Örneği”.Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Aşar, H. (2020). “Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma: Mardin İli Örneği”. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Atak, S. (2019). “Selçuklu ve Bizans Dönemlerinde Tababet: Karşılaştırmalı Bir Çalışma”. Sakarya Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Bagarad, K. S. H. (2019). “Sağlık Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”. Sakarya Üniversitesi/İşletme Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Bakan, E. (2021). “Hasta Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Önemi Üzerine Bir Alan Araştırması”. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

Çakır, A. (2008). “Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi”. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Ertaş, M., F. (2021). “Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi”. Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Doktora Tezi.

- Ertekin, A. (2018). “Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Ödemesi ve Çeşitli Meslek Grupları Açısından Değerlendirmesi (İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Hacızada, S. (2022). “Hastanelerde Algılanan ve Beklenen Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Araştırma: İstanbul İli Örneği”. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- ISO 9001: 2000 Quality Management System Requirements, <https://slideplayer.com/slide/7002401/>. (07.03.2023)
- İzgi, C. (2018). “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Müşteri Sadakatine Etkisi: İstanbul’da Özel Bir Hastane Örneği”. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-55365/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi.html>. (28.03.2022)
- Karabulut, F. (2009). “Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO/IEC 15189:2003 Uygulaması”. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Kıraç, A.S. (2019). “Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli ile Ölçülmesi: İstanbul İli Bir Aile Sağlığı Merkezi Örneği”. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Mısırlıoğlu, A. (2022). “JCI Belgeli Sağlık Kurumlarında Yöneticilerin Akreditasyon ve Hizmet Kalitesi Algılarının Değerlendirilmesi: Türkiye Örneği”. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi.
- Mil, I., B. (2022). “Hastane Hizmetlerinde Hasta Şikayetleri Yönetimi İstanbul Kamu Hastanelerine Yönelik Bir Araştırma”. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
- Oruç, E. (2022). “Covid-19 Maskesi Takmanın Algılanan Hizmet Kalitesine Etkisi”. Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Önder, Ö., R. (2018). “Sağlık Hizmetleri Tanımı, Sınıflandırılması, Evrensel Boyut”. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ders Notu, <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=13807> (30.07.2022).
- Sağlık Bakanlığı, (1961) <https://ilkoordinasyonweb.saglik.gov.tr/TR,5396/224-sayili-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun-1211961---10705.html>, (03.03.2021).
- Sağlık Bakanlığı Koruyucu Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesin Yönelik Hizmetler, 2021, <https://kilisdh.saglik.gov.tr/TR,522763/koruyucu-saglik-ve-sagligin-gelistirilmesine-yonelik-hizmetler.html>, (25.05.2022).

- Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm, 2003, s.24,
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>,
(26.05.2022).
- Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003-2011,
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11662/saglik-bakanligi-turkiye-saglikta-donusum-programi-degerlendirme-raporu-2003-2011.html> (25.05.2022).
- Sağlık Bakanlığı Tütün ve Tütün Ürünleri ile Mücadele, 2017, s.324,
https://www.sbu.edu.tr/FileFolder/Dosyalar/eb408a43/2022_1/tutunlemucadele-ilk-bc21a5a5.pdf (25.05.2022)
- Sağlık Bakanlığı Tarihçesi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
(25.05.2022).
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı (2012), SKS Işığında Sağlıkta Kalite, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/> (02.08.2022).
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları, 2011, s.1,
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70578/9789755903620_tur.pdf?sequence=2 (31.07.2022)
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011, s.1,
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/9789755903613_tur.pdf?sequence=3&isAllowed=y, (31.07.2022).
- Sağlık Bakanlığı Hususi Hastaneler Kanunu, 1933,
(<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3>, (13.04.2022)
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1987:
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>)
- Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı, (2020). <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-85754/saglik-istatistikleri-yilligi-2020-haber-bulteni-yayimlanmistir.html>,
(27.05.2022).
- Sağlık Bakanlığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10399/tarih-03072005--sayisi-5396-saglik-hizmetleri-temel-kanununa-bir-ek-madde-eklenmesi-hakkinda-kanun.html>, 21.04.2022.
- Sağlık Bakanlığı 2020 Faaliyet Raporu, https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/40174/0/2020-faaliyet-raporupdf.pdf?_tag1=CFE4DA6D46D2723FAEA3B955BC4E198FEDE93BBE, (02.04.2022)
- Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları, 2016:
http://kadirlidh.saglik.gov.tr/Eklenti/1028/0/shkssetipdf.pdf?_tag1=EF36990B666E00FCED7100D5165EBB0CEE72C045, (17.05.2022)

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı,
<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf> , (21.05.2022.)

Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü,
<https://sggm.saglik.gov.tr/TR-4282/onceklili-yayinlar.html>, (25.06.2022)

Serdar, M. (2015). “Geç Orta Çağlarda Batı Avrupa’da Hastaneler ve Tıp Eğitimi”. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Türkiye Cumhuriyeti Strateji Bütçe Başkanlığı Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963, s.39, https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/12/Birinci_Bes_Yillik_Kalkinma_Plani-1963-1967.pdf).

Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004, s.10.
<https://studylibtr.com/doc/1373448/t%C3%BCrkiye-sa%C4%9Fl%C4%B1k-bilgi-sistemi-eylem-plan%C4%B1>.

Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş., (USHAŞ), <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/>, (01.04.2022).

Uzunçakmak, M. (2021). “Şehir Hastanelerinde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama”. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Şenol, V. (2006). “Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık ile İlişkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.

Tutkun, Engin (2021). Mesleki Rehabilitasyonun Türkiye’deki Mevcut Durumu, Türkiye Raporu.

Yaşa, E. (2012). “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması”. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

Yeşilyurt, Ö. (2018). “Sağlık İşletmesinde Algılanan Hizmet Kalitesi, Algılanan Risk ve Algılanan Değer Boyutlarının Hasta Memnuniyeti ve Davranışsal Niyeti Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli ile Değerlendirilmesi”. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.

Yıldırım, A. (2018). “Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama ve İç Müşteri Tatmininin Hasta Tatmini Üzerine Etkileri: Bir Kamu Hastanesi Örneği”. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

Yurtsal, K. (2020). “Kamu Hastanelerinde Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti Algısı: Sivas – Yozgat İli Karşılaştırılması”. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

EKLER

Ek-1. Anket Formu

Kamu, Özel ve Şehir Hastanelerinde Sağlık Hizmeti Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak yapısal eşitlik modellemesiyle araştırmayı amaçlamaktadır. Bilimsel bir çalışmanın parçası olan bu çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Fatma Betül ŞENGÜL

T.C. Ufuk Üniversitesi İşletme Doktora Programı Öğrencisi

Bu bölümdeki sorulardan size uygun olan seçeneği (x) şeklinde işaretleyiniz.					
ANKETE KATILAN	Hasta ()	Hasta Yakını * ()			
Cinsiyetiniz	☐ Kadın () 1	☐ Erkek () 2			
Yaşınız	☐ 20'nin altında () 1	☐ 20-29 () 2	☐ 30-39 () 3	☐ 40-49 () 4	☐ 50-59 () 5
	☐ 65 ve üstü () 7	☐ 60 üstü () 6			
Medeni Durum	☐ Evli () 1	☐ Bekar () 2			
Eğitim Durumunuz	☐ İlköğretim () 1	☐ Lise () 2	☐ Önlisans () 3	☐ Lisans () 4	
	☐ Lisansüstü () 5	☐ Doktora () 6			
Sosyal Güvenceniz Nedir?	☐ Yok () 1	☐ SGK () 2	☐ Emekli () 3		
	☐ Yeşil Kart () 4	☐ Özel S. Sigortası () 5		☐ Ücretli () 6	
Mesleğiniz	☐ Çalışmıyorum () 1	☐ Memur () 2	☐ İşçi () 3	☐ S. Meslek () 4	
	☐ Emekli () 5	☐ Diğer () 6			
Aylık Geliriniz	☐ 2500 TL'den az () 1	☐ 2500-4499 () 2	☐ 4500- 6499 () 3		
	☐ 6500 tl -9.999 () 4	☐ 10.000 ve üstü () 5			
Hizmet Aldığınız Hastane Türü Nedir?					☐ Şehir
	☐ Hastanesi () 1	☐ Kamu Hastanesi () 2	☐ Özel Hastane () 3		
Bu sağlık kuruluşuna ilk kez mi geliyorsunuz?	☐ Evet () 1		☐ Hayır () 2		
Covid-19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklardan Herhangi Birine Sahip Misiniz?	☐ Evet () 1		☐ Hayır () 2		
Covid-19 Hastalığı Geçirdiniz mi?	☐ Evet () 1		☐ Hayır () 2		

İFADELER			Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Aşağıdaki sağlık hizmeti aldığınızı belirttiğiniz servis/birim açısından ölçek maddelerini okuduktan sonra kendinize en uygun gelen Kesinlikle Katılmıyorum (1), Kısmen Katılmıyorum (2), Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3), Kısmen Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) seçeneklerinden birini işaretlemeniz yeterlidir.							
Fiziksel Özellikler	1	Hastane modern araç – gereç ve teknolojiye sahiptir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2	Hastanenin fiziksel ortamı görsel olarak çekicidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3	Hastanenin çalışanları temiz ve düzgün görünüşlüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	4	Hastanenin fiziksel görünümü sunduğu hizmete uygundur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Güvenilirlik	5	Hastane herhangi bir hizmeti belirli bir sürede yapmaya söz verdiğinde sözünü tutmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	6	Müşteriler herhangi bir sorunla karşılaştıklarında hastane çalışanları sorunları çözmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	7	Hastane güvenilirdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	8	Hastane her türlü hizmeti söz verdiği zamanda sunmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	9	Hastane kayıtların doğru tutulmasında titizlik gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Heveslilik	10	Hastane sunacağı hizmetin zamanını müşterilere söylemektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	11	Hastanenin çalışanlarından anında hizmet alınmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	12	Hastane çalışanları her zaman müşterilerine yardımcı olmaya isteklidirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	13	Hastane çalışanları müşteri isteklerini aksatacak ölçüde yoğun değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Güvence	14	Hastane çalışanlarının davranışları müşterilerde güven uyandırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	15	Müşteriler bir hastaneden hizmet alırken kendilerini güvende hissederler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	16	Hastanenin çalışanları kibardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	17	Hastanenin çalışanları yeterli bilgi düzeyine sahiptir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Empati	18	Hastanenin çalışanları müşterilerine bireysel özen göstermektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	19	Hastanenin çalışanları müşterinin özel ihtiyaçlarını anlamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	20	Hastanenin çalışanları müşteriler ile içtenlikle ilgilenmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	21	Hastanenin tüm müşterilerine uygun olan saatlerde hizmet sunmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

İFADELER		Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Aşağıdaki sağlık hizmeti aldığınızı belirttiğiniz servis/birim açısından ölçek maddelerini okuduktan sonra kendinize en uygun gelen Kesinlikle Katılmıyorum (1), Kısmen Katılmıyorum (2), Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3), Kısmen Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) seçeneklerinden birini işaretlemeniz yeterlidir.						
Davranışsal Niyet (Sadakat)	1 Çevremdeki insanlara bu hastaneyle ilgili olumlu şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2 Tavsiye isteyen kişilere bu hastaneyi tavsiye ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3 Arkadaşlarımı ve akrabalarımı bu hastaneden hizmet almaları için teşvik ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	4 Bu hastane sağlık hizmeti alma konusunda ilk tercih edeceğim yerdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	5 Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hasta Memnuniyeti	1 Bu hastaneye zorunlu olduğum için gidiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2 Bu hastanenin hizmetleri beklentilerimi tamamen karşılıyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3 Gelecekte de bu hastaneden hizmet almaya devam edeceğim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	4 Muayene ücretleri ne kadar yükselirse yükselsin bu hastaneye gelmeye devam ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	5 Bu hastanede bir problem yaşarsam başka bir hastaneye giderim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	6 Bu hastane hakkında eş, dost ve akrabalarım olumlu şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	7 Bu hastanenin hizmetleri diğer hastanelerden daha iyi olduğunu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	8 Bu hastaneyi seçmekte doğru bir şey yaptığımı düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	9 Bu hastanenin hizmetleri beni her yönüyle tatmin etmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

İFADELER			Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Aşağıdaki sağlık hizmeti aldığınızı belirttiğiniz servis/birim açısından ölçek maddelerini okuduktan sonra kendinize en uygun gelen Kesinlikle Katılmıyorum (1), Kısmen Katılmıyorum (2), Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (3), Kısmen Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) seçeneklerinden birini işaretlemeniz yeterlidir.							
E -Sağlık	1	İnternet üzerinden sunulan randevu ve/veya laboratuvar sonuç görüntüleme hizmetlerinden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2	Sağlık kurumunun internet üzerinden sunmuş olduğu hizmetlerden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3	Sağlık kurumunun internet üzerinden sunmuş olduğu hizmetleri her zaman kullanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	4	Sağlık kurumundan randevu alırken telefon ile aramayı tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	5	Randevularımı kurumun mobil uygulaması üzerinden almayı tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	6	Randevularımı kurumun internet sitesi üzerinden almayı tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	7	Kurumun internet sitesi sorunsuz bir şekilde çalışmaktadır ve kullanımı kolaydır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	8	Kurumun mobil uygulaması sorunsuz bir şekilde çalışmaktadır ve kullanımı kolaydır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	9	Kurumun internet sitesi bu kurumu tercih etmemde bir etkendir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	10	Kurumun mobil uygulamaları bu kurumu tercih etmemde bir etkendir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-2.



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Pursaklar Devlet Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI PURSAKLAR DEVLET
HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI PURSAKLAR
DEVLET HASTANESİ

24/11/2021 10:12 - E-69668506 - 929 - 1829



Sayı : E-69668506-929
Konu : Fatma Betül ŞENGÜL
(Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Sağlık Hizmetleri Başkanlığı
Eğitim ve Tescil Birimi

İlgi : 19/11/2021 tarihli ve 90739940-799-E-90739940-799-2275 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazı gereği; Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme anabilim dalı işletme doktora öğrencisi Fatma Betül ŞENGÜL'ün, Prof.Dr. Türkmen DERDİYOK danışmanlığında, "Kamu, Özel ve Şehir Hastanelerinde Sağlık Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati İlişkilerinin İncelenmesi" konulu tez çalışması talebine ilişkin yazısı incelenmiş, ilgili talep çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından hastanemiz yönetimine gönderilmesi kaydı ile Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Doğan AKDOĞAN

Başhekim

EK-3.



T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ

Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-81182178-605.99-19398

10.11.2021

Konu : Fatma Betül ŞENGÜL (Etik Kurul Onayı)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğünün 06.10.2021 tarihli ve E-96064710-5014.1018306 sayılı yazısı.

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Doktora Programı öğrencisi **Fatma Betül ŞENGÜL**'ün, **Prof. Dr. Türkmen DİRDİYOK**'un tez danışmanlığında devam ettirdiği "**Kamu, Özel ve Şehir Hastanelerinde Sağlık Hizmeti Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati İlişkilerinin İncelenmesi**" başlıklı tez çalışması, Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulumuzun 05.11.2021 tarih ve 2021/08 sayılı toplantısında Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi çerçevesinde değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz/rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa KILIÇ
Kurul Başkanı

DAĞITIM

Gereği:

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne

Bilgi:

Rektörlük Makamına

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Fatma Betül ŞENGÜL

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : T.C. İstanbul Fatih Üniversitesi
İngilizce İşletme (2007)

Yüksek Lisans Öğrenimi : T.C. İstanbul Fatih Üniversitesi
MBA (2009)
: T.C. İstanbul Ticaret Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü- Uluslararası İlişkiler
Bölümü (2014)

Doktora Öğrenimi : T. C. Ufuk Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü- İşletme Doktora Programı

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Tarih : 23.05.2023