

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNDE
AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ DEĞERLENDİRMESİ :
İZMİR İLİ PİLOT UYGULAMASI**

Teoman Sabri SARAÇLI

Danışman
Yrd. Doç. Dr. E. Yasemin YEĞİNBOY

2010

YÜKSEK LİSANS
TEZ/ PROJE ONAY SAYFASI

2007800174

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : Teoman Sabri SARAÇLI
Tez Başlığı : Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi: İzmir ili Pilot Uygulaması
Savunma Tarihi : 12.10.2010
Danışmanı : Yrd.Doç.Dr.Emine Yasemin YEĞİNBOY

JÜRİ ÜYELERİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Yrd.Doç.Dr.Emine Yasemin YEĞİNBOY	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Yrd.Doç.Dr.K.Şevket SAYIN	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Yrd.Doç.Dr.Mert URAL	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	

Oybirliği
Oy Çokluğu ()

Teoman Sabri SARAÇLI tarafından hazırlanmış ve sunulmuş "**Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi: İzmir ili Pilot Uygulaması**" başlıklı Tezi (X) / Projesi () kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Utku UTKULU
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi : İzmir İli Pilot Uygulaması**” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

Teoman Sabri SARAÇLI

İmza

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde
Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi : İzmir İli Pilot Uygulaması

Teoman Sabri Saraçlı

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Türkiye Cumhuriyetinin kuruluşuyla beraber Dr. Refik Saydam dönemi ile başlayan ve günümüze uzanan sağlık yönetim süreci çeşitli projelerle, reformlarla bezenmiştir. Ülkemizde olduğu gibi tüm dünya ülkelerinde de sağlık yönetim süreci sağlık hizmetinin en ideal şekilde sunumu amacıyla çeşitli modeller denenmek suretiyle gelişmeye devam etmiştir.

Sağlık hizmeti günümüzde kolay kullanılabilir olmalı, hizmette süreklilik, verimlilik sağlanmalı ve hizmet kalitesi yüksek olmalıdır. Sağlık piyasası doğası itibariyle benzersizdir, bu sebeple en iyi hizmetin üretilmesi ve sunulması insan sağlığını doğrudan etkileyecektir. Yönetimler toplumun sahip olduğu en önemli varlığı olan sağlığı kaybetme riskini göze alamayacağı için sağlıkta model arayışları söz konusu olduğunda pilot uygulamalarla en az hata ile en yüksek faydayı gözlem yoluyla sağlama yoluna giderler.

Bu çalışmada kapalı bir bölgede sağlık kuruluşlarının vermiş olduğu hizmet esnasında hasta beklentileri ile sağlık hizmeti veren kuruluşun performansı arasındaki ilişki test edilmiş hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti ölçülmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada müşteri memnuniyetine ilişkin belirlenen bir ölçek ile müşterilerin Aile Sağlığı Merkezi hizmetlerinden memnuniyet dereceleri belirlenmeye çalışılmıştır

Araştırmada beş boyut üzerinde durulmuş olup; Güven, heveslilik, fiziksel özellikler, güvenilirlik ve empati üzerinde durulmuştur. Önermeler yoluyla Likert tipi 5’li ölçek üzerinden puan verilerek analize tabi tutmak

suretiyle elde edilen hizmet kalitesi boyutları temelinde hesaplanan ve (algılanan kalite – beklenen kalite) şeklinde formüle edilen hizmet kalitesi belirlenmiştir. Sonuç olarak model çeşitli istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgulara göre anlamlılık ve tutarlılık açısından değerlendirilmiştir. Son bölüm ise yapılan analizlerin sonuçlarına ilişkin yorum ve öneriler içermektedir.

Anahtar Kelimeler: 1) Hizmet, 2) Kalite, 3) Hizmet Kalitesi Ölçümü, 4) Sağlık Hizmetleri, 5) Aile Sağlığı Merkezi Kalitesi, 6) Müşteri Memnuniyeti.

ABSTRACT

Master's Thesis

Assessment of Family Medicine Model in Primary Health Care in Turkey :

İzmir Pilot Provincial Implementation

Teoman Sabri Saraçlı

Dokuz Eylül University

Social Sciences Institute

Hospital And Health Organizations Administration Program

Health management process in Turkey, beginning with the establishment of the Republic, from Dr. Refik Saydam period through present time, embellished with various projects and reforms. As in our country in all world countries, health management process continued to progress by testing the models to reach the most ideal way of health service delivery .

Today health service should be available and the service's continuity and efficiency should be ensured for the sake of high quality in health service. Since producing and presenting the best service will directly affect human health, healthcare market is unique. When it comes to searching for models for health, management of the society can not take the risk of harming public health which is the most important asset in community and go through the observations by pilot applications with a minimum error path to provide the highest benefits.

In this study, in a closed area, expectations of patients and health service providers' performance has been tested and finally service quality and patient satisfaction were measured and also with a scale of customer satisfaction, customers' satisfaction levels of family health center's service is tried to be determined.

Research is focused on five dimensions which are trust, enthusiasm, physical features, reliability and empathy. To determine the the quality of

service five points Likert scale on the basis of service quality dimensions was used. Between the customers' perceived quality and expected quality, all calculations and formulations were done. As a result, the health service model, according to the findings from variety of statistical analysis, is evaluated through the significance and consistency.

Key words. 1) Service, 2) Quality, 3) Service Quality Measurement, 4) Health Services, 5) Family Health Center Quality, 6) Customer Satisfaction

**TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE AİLE
HEKİMLİĞİ MODELİ DEĞERLENDİRMESİ : İZMİR İLİ PİLOT
UYGULAMASI
İÇİNDEKİLER**

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
YEMİN METNİ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xii
TABLO LİSTESİ	xiii
GİRİŞ	1

**BİRİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE
HEKİMLİĞİ MODELİ**

1.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	3
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	5
1.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:	5
1.1.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:	6
1.1.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:	6
1.1.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler	6
1.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri	6
1.2. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi ve Gerçekleşen Reformlar	7
1.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem	7
1.2.2. 1923 - 1937 Dönemi	7
1.2.3. 1938 - 1960 Dönemi	8
1.2.4. 1961 – 1990 Dönemi	9

1.2.5. 1990 ve 2007 Dönemi	11
1.2.6. 2007 Sonrası Dönem	14
1.3. Türkiye’de Aile Hekimliği Modeli.....	16
1.3.1. Aile Sağlığı Merkezleri	18
1.3.2. Toplum Sağlığı Merkezi	20
1.3.3. Eğitim ve Sertifikasyon	21
1.3.4. Personel Atama ve Mali Haklar	23
1.3.5. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü	26
1.3.6. Hizmet Sürekliliğinin Devamı	27
1.3.7. Çalışma Saatleri ve İzin	28
1.3.8. Aile Hekimliği Hizmetleri.....	28
1.3.9. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim	29
1.3.10. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler.....	29
1.3.11. Tetkik ve Tahlil İşlemleri	31
1.3.12. Performans Kriterleri	31
1.4. Aile Hekimliğinin Diğer Ülkelerdeki Uygulamaları	32
1.4.1. Avrupa Birliği Ülkelerinde.....	32
1.4.1.1. Birleşik Krallık-İngiltere	32
1.4.1.2. İsveç	34
1.4.1.3. Almanya	34
1.4.1.4. Finlandiya	36
1.4.1.5. Danimarka	37
1.4.1.6. Polonya	37
1.4.1.7. Hollanda.....	37
1.4.2. Amerika Birleşik Devletleri	38
1.4.3. Küba	39

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİVE HASTA

MEMNUNİYETİ

2.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı ve Amaçı	40
2.2. Sağlık Hizmetinin Özellikleri ve Diğer Hizmetlerden Ayıran Özellikleri	40

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	41
2.2.1.1. Kolay Kullanılabilirlik (Accessibility):	41
2.2.1.2. Kalite (Quality):	41
2.2.1.3. Süreklilik (Continuity):	41
2.2.1.4. Verimlilik (Efficiency):	42
2.2.2. Sağlık Hizmetini Diğer Hizmetlerden Ayıran Özellikler	42
2.2.2.1. Tüketicinin Bilgi Yetersizliği ve Uzmanın Gücü	42
2.2.2.2. Tüketicilerin Akılcı Olmayan Davranışları	43
2.2.2.3. Tıp Mesleğinin Kuralları	43
2.2.2.4. Ürün ve Kalite Belirsizliği	43
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Piyasası	43
2.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Piyasasının Özellikleri	45
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz	46
2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Talep	47
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	48
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı	48
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri	49
2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları	50
2.4.3.1. Servqual Analiz Yöntemi	52
2.5. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri-Hasta Memnuniyeti	54
2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri-Hasta Memnuniyeti Kavramı	54
2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetinin Önemi	55
2.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	56

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İZMİR İLİNE BAĞLI BİR İLÇEDE İSMİ TARAFIMIZDAN BİLİNER ASM'İ BÖLGESİNDE MÜŞTERİ BEKLENTİLERİ İLE ASM PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TEST EDİLMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı	60
3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	60
3.3. Araştırmanın Modeli	61

3.4. Araştırmanın Metodolojisi	61
3.4.1. Araştırmanın Örneklem Yöntemi	61
3.4.2. Verileri Toplama Araçları	61
3.4.3. Verilerin Analizi.....	64
3.4.4. Güvenirlilik Analizi.....	65
3.5. Araştırma Bulguları ve Değerlendirilmesi	69
3.5.1. Anketin Tamamına Ait Değerlendirme Dereceleri	70
3.5.3. Güvenilirlik Boyutuna Ait Değerlendirme	82
3.5.4. Heveslilik Boyutuna Ait Değerlendirme	87
3.5.5. Güven Boyutuna Ait Değerlendirme	94
3.5.6. Empati Boyutuna Ait Değerlendirme.....	100
3.5.7. Başka Bir Hastaneye Gitme Tercihleri	108
3.5.8. ASM' yi Tercih Etme Nedenleri	109
SONUÇ VE ÖNERİLER	115
KAYNAKLAR.....	126
EKLER.....	137

KISALTMALAR

AR-GE	Araştırma Geliştirme
AH	Aile Hekimi
AHU	Aile Hekimliği Uygulaması
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
AHB	Aile Hekimliği Birimi
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
vb.	Ve Benzeri
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
VSD	Verem Savaş Dispanseri
SB	Sağlık Bakanlığı
TTB	Türk Tabipler Birliği
SPSS	Statistical Program For Social Science

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Örneklem Kitlenin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	63
Tablo 2. Örnek Kitlenin Tahsile Göre Dağılımı	63
Tablo 3. Örnek Kitlenin Yaş Durumuna Göre Dağılımı	64
Tablo 4. Örnek Kitlenin Mesleğe Göre Dağılımı	64
Tablo 5. Beklenti Ölçeği Güvenirlilik Katsayıları.....	65
Tablo 6. Performans Kalite Ölçeği Güvenirlilik Katsayıları	66
Tablo 7. Tüm Anketin Skorları.....	66
Tablo 8. Boyutlarının Ağırlık Oranları	66
Tablo 9. Tüm Sorular Bazında Skorlar	67
Tablo 10. Boyutlar Bazında Skorlar	67
Tablo 11. Cinsiyet Bazında Boyutlara Göre Skorlar	68
Tablo 12. Tahsil Bazında Boyutlara Göre Skorlar	68
Tablo 13. Meslek ve Boyutlara Göre Skorlar	69
Tablo 14. Mesleklere Göre Performans Skorlarının Karşılaştırılması.....	71
Tablo 15. Yaş Gruplarına Göre Performans Skorlarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 16. Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benforroni Analizi.....	72
Tablo 17. Tahsil Boyutuna Göre Performans Skorlarının Karşılaştırılması.....	73
Tablo 18. Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benforroni Analizi.....	73
Tablo 19. Cinsiyete Göre Performans Skorlarının Karşılaştırılması	74
Tablo 20. Ortalamaların Eşitliği t Testi	74
Tablo 21. Yaşlara Göre Fiziksel Özellikler Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	75
Tablo 22. Tek Yönlü Varyans (One Way ANOVA) Benforroni Analizi.....	76
Tablo 23. Tahsile Göre Fiziksel Özellikler Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	77
Tablo 24. Tek Yönlü Varyans (One Way ANOVA) Benforroni Analizi.....	78
Tablo 25. Cinsiyete Göre Fiziksel Özellikler Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	80

Tablo 26. Mesleğe Göre Fiziksel Boyut ile Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	81
Tablo 27. Eğitime Göre Güvenirlilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	82
Tablo 28. Tek Yönlü Varyans (One Way ANOVA) Benferroni Analizi.....	83
Tablo 29. Cinsiyete Göre Güvenilirlik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	85
Tablo 30. Mesleğe Göre Güvenilirlik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	86
Tablo 31. Yaşlara Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	87
Tablo 32. Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benferroni Analizi.....	88
Tablo 33. Tahsile Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	90
Tablo 34. Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benferroni Analizi.....	90
Tablo 35. Cinsiyete Göre Heveslilik Boyutu.....	92
Tablo 36. Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi	92
Tablo 37. Mesleğe Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	93
Tablo 38. Yaşlara Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	94
Tablo 39. Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benferroni Analizi.....	95
Tablo 40 Tahsile Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	97
Tablo 41. Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benferroni Analizi.....	97
Tablo 42. Cinsiyete Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	99
Tablo 43. Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi	99

Tablo 44. Mesleğe göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	100
Tablo 45. Yaşlara Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	101
Tablo 46. Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benferroni Analizi.....	102
Tablo 47. .Tahsile Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	104
Tablo 48. Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benferroni Analizi.....	104
Tablo 49. Cinsiyete Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	106
Tablo 50. Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi	106
Tablo 51. Mesleğe Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	107
Tablo 52. Olguların Başka Bir Hastaneyi Tercih Etme Dağılımı.....	108
Tablo 53. Başka Bir Hastaneyi Tercih Edenlerle Etmeyenlerin Performans, Beklenti ve Skor Ortalamaları	108
Tablo 54. Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi	108
Tablo 55. Tercih Sebeplerine Göre Puanların Dağılımı	109
Tablo 56. Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benferroni Analizi.....	110
Tablo 57. Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benferroni Analizi.....	112
Tablo 58. Olguların Bir Hastane Tercihlerinin Branşlara Göre Dağılımı	113
Tablo 59. Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benferroni Analizi.....	114

GİRİŞ

Sağlık Bakanlığının yoğun uğraşları ile Türkiye Büyük Millet Meclisinde 24/11/2004 tarihinde 5258 kanun no ile kabul edilen Aile hekimliği pilot uygulaması hakkında kanunun birinci maddesi; “Sağlık Bakanlığının pilot olarak belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir” diyerek bizlere daha iyi bir sağlık hizmetini vaat ediyor. Resmi gazetede 25867 sayı ile 6 Temmuz 2005 tarihinde yayınlanan Aile hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliğin birinci maddesinde bu uygulamanın amacının, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak, olduğu söylenmiştir. Türkiye Cumhuriyeti kuruluşundan bugüne birinci basamak sağlık hizmetlerinde süregelen bir iyileşme çabasıdır.

Ülkemizin geçmişten bugüne birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili övünülecek başarıları vardır, günümüzde siyasi oyunlardan arındırılmış hizmet beklentisi çok artmıştır. Sağlık gibi insan için olmazsa olmaz bir alanın politikayla değil, bilim ve tecrübe ile yönetilmesi gereği doğmuştur.

Yeni model ülkemizde uygulanmaya başlandığı tarihten bugüne amaçladığı sağlık hizmetlerinde gelişme, kalitede artış, hizmetlere eşit erişimin sağlanmasında ve hasta memnuniyetinin artırılmasında ne derece başarılı olmuştur? Bu çalışmada dünya örnekleri, ve ülkemiz aile hekimliği modeli uygulaması ayrıntılı olarak incelenmiştir. Uygulamada karşılaşılan eksikler göz önüne çıkarılıp iyileştirme önerileri getirilmiştir. Bu çalışmada ayrıca kapalı bir bölgede uygulanan anket ile vatandaşların yeni sistemden memnuniyetleri ölçülmeye çalışılmış, uygulanan yeni modelin işleyişi sırasında hizmet alanın sağlık kurumundan beklentisi ve performans

algılaması arasında farklılık olup olmadığı araştırılmış, bu doğrultuda sonuçların incelenmesi planlanmıştır.

Vatandaşın sağlık hizmeti veren kurumlardan beklentisi her geçen gün artmakta iken sağlık yöneticilerinin daha donanımlı olmaları, bilimsel yöntemlerle memnuniyet ve kalite ölçümleri yapmaları gerekmektedir. Sağlık hizmeti her geçen gün daha karmaşık hale gelirken, hizmeti alanlar tercihlerinde daha seçici davranırken, sağlık yöneticileri daha profesyonel davranışlar sergilemelidirler.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ VE AİLE HEKİMLİĞİ MODELİ

1.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İnsanların çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumunda üretilen bireysel tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti ile beraber toplum sağlığına yönelik verilen hizmetlerin bütününe birinci basamak sağlık hizmeti denebilir(SB, 2004:43). Ülkemizde şu an birinci basamak sağlık hizmetleri, 1961 yılından bu yana yürürlükte olan 224 sayılı Yasa ve 09.12.2004 tarihli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanuna göre yürütülmektedir. Ülke çapında pilot iller birer birer Aile Hekimliği sistemine gerekli hazırlıklar tamamlanarak geçmektedirler.

1961 yılında yürürlüğe giren 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun uygulamasında temel hizmet birimi sağlık ocağı olup, köy tipi (nüfusu 10 binden az olan), ilçe tipi (nüfusu 10-20 bin arasında) ve il tipi (nüfusu 20 binden fazla) olmak üzere üç tipi vardır. Bu ocaklarda, yaklaşık her 2000 - 2500 kişiye bir hekim, 2000 kişiye bir sağlık memuru ve hemşire, 1500 kişiye bir ebenin yanında, sayıları ocak tipine göre değişen memur, hizmetli ve şoförü de içeren bir ekip çalışması öngörülmektedir. Sağlık ocaklarından, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel işlevlerinin yanında, diğer sektörlerle birlikte toplumsal kalkınmada da rol alması beklenir (Akdur, Ocaktan, Özdemir, 2003:208).

09.12.2004 tarihli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile pilot illerde mevcut olan ve fiilen birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları, sağlık merkezleri, AÇSAP merkezleri, verem savaşı dispanserleri (VSD), kurum hekimlikleri, SSK dispanserleri ve SSK sağlık istasyonları iki ana yapıda bir araya getirilmiştir. Bölgede mevcut bulunan en uygun bir veya daha fazla mekan toplum sağlığı merkezi, diğerleri ise aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının çalıştığı aile

sağlık merkezleri olarak kullanılmaya başlanmıştır (SB, 2004:72). Aile hekimliği modelinde birinci basamakta temel hizmet birimi aile sağlığı merkezi ve toplum sağlığı merkezi olmuştur.

Birinci bölümde sağlık hizmetlerinin tanımı, dünden bugüne kadar sağlık sistemi üzerinde durularak dünyada ve Türkiye’de pilot olarak uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasına değinilecektir. Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; "sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüne" birden sağlık hizmetleri denir (Akdur, 2000:5).

Sağlık hizmetlerini böyle kısaca tanımlamak tam anlaşılır olmaktan uzaktır. Bu nedenle de, gerçekte sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte, anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak amacıyla; 1) koruyucu sağlık hizmetleri, 2) tedavi edici sağlık hizmetleri, 3) rehabilitasyon hizmetleri 4) sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört ana bölümde incelenmekte ve tanımlanmaktadır.

1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gelecekteki olası hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şeklidir. Tehlikenin önlenmesi, temelde fert ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye ve insana yönelik koruyucu sağlık olarak iki grupta incelenebilir (Akdur, 2000: 5-6).

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümü koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kişilerde hastalığın tedavisi ile doğrudan ilgili değildir. Ancak aşı hariç kişilerin fiziki varlıkları ile ilgili olmakla birlikte kişilerin çevresine yönelik hizmetler sunarak fertlerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesine dolaylı olarak etki eder. Aşılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk

sağlığı, hastalık tarama programları, hıfzıssıha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleri alanına girmektedir.

Günümüzde koruyucu hizmetlerin kapsamı daha da genişleyerek sağlıklı su rezervlerinin temini, halk sağlığını koruma tedbirlerinin yanı sıra beslenme, aile planlaması, kronik hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi gibi temel olarak tüm nüfusun sağlık hizmetlerini de kapsamaya başlamıştır (Taşkiran Mohammad, 2007:76).

Türkiye’de gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının %63-66’lık kısmı ayakta tedavi giderleri, %25-29’luk kısmı ise yatarak tedavi giderleri olarak gerçekleşmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri ise toplam sağlık harcamalarının sadece %1’ini oluşturmaktadır (SB, S.P.G.K, 1993:17).

1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık yada sakatlık durumunun ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetidir (Kurtulmuş, 1998:90). Üç basamakta hastalanmış insanlara sağlık hizmeti verilir.

1.1.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:

Türkiye’de aile hekimliği uygulanan pilot bölgelerde aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, özel muayenehaneler ve pilot iller dışında sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır (Karadağ, 2007:6). Toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta sağlık hizmeti veren sistemdir (Eren ve Öztekin, 1993:23). Bu basamakta bir üst basamağın kapısının tutulması, hasta ile ilk temasın olması, sürekliliğin, kapsamlı ve eşgüdümlü hizmetin bulunması genel sağlık hizmeti kapsamında ne kadar vazgeçilmez bir yeri olduğunu gösterir

1.1.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:

Türkiye’de devlet hastaneleri, özel hastaneler, vakıf hastaneleri ve belediye hastaneleri gibi hasta kabul edip yatırmak suretiyle teşhis ve tedavi edici hizmet veren kurumların verdikleri hizmettir.

1.1.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:

Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, çocuk hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşlardandır (Öztürk, 2002:5). Teşhis ve tedavi amaçlı ileri seviyede teknoloji ve kapsamlı özel tedaviler sunabilen gelişmiş sağlık kuruluşlarıdır.

1.1.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler

Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklı olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır (Kavuncubaşı, 2000:45). Bu hizmetler kişisel tıbbi ve toplumsal sosyal olmak üzere ikiye ayrılabilir, tıbbi rehabilitasyon kişinin bedensel ve ruhsal yönden iyileştirilmesi, sosyal rehabilitasyon ise başkalarına bağımlı olmadan yaşanabilmesi amacı ile iş öğretme, iş bulma ve işe uyum eğitimlerinin verilmesidir (Fişek, 1989:7).

1.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık kurumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir (Kavuncubaşı, 2000:46). Sağlık geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün bir çok hastalık bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır (Taşkiran Mohammad, 2007:81).

1.2. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi ve Gerçekleşen Reformlar

Ülkemizde sağlık hizmeti alanında gerçekleşenleri özetlemek ve son dönem sağlık reform ihtiyacını değerlendirmek amacıyla geçmişi hatırlamakta fayda vardır.

1.2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Cumhuriyetin kurulması ile beraber saray ve ordu ile sınırlı olan sağlık hizmetleri daha geniş kitlelere yayılmış ve bir devlet görevi haline gelmiştir (Akdur, 2000:11).

“Osmanlı İmparatorluğu döneminde sağlık hizmetlerini yürütme görevi Dâhiliye nezaretine verilmiştir. 1914 yılında kabul edilen bir kanunla Dâhiliye Nezareti, Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti adını almış ve buna bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumisine, sağlık hizmetlerini yürütme görevi verilmiştir. Milli Mücadele yıllarında kurulan ilk Türkiye Büyük Millet Meclisi hükümetinde, 2 Mayıs 1920’de, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş, 3 Mayıs 1920’de sağlık hizmetlerini yürütme görevi bu bakanlığa verilmiştir” (Fişek, 1985:158; SSYB, 1973:22-23).

1.2.2. 1923 - 1937 Dönemi

“Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydamdır. Cumhuriyetin ilk yıllarında izlediği politikalar ile sağlığın gelişimine büyük katkılarda bulunmuştur. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem vererek koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuştur ve gelişmesinde büyük katkıları bulunmuştur. Tedavi hizmetlerini hiçbir zaman hükümet görevi olarak ele almamıştır. Bu konuda daha ziyade mahalli idarelere yol gösterici olmuştur. Bu maksatla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da Numune hastaneleri kurmakla yetinmiş belediye ve özel idareleri hastane açmaya teşvik etmiştir. Koruyucu hekimliği özendirme için, birinci basamakta çalışan hekimlere yüksek maaş vermiştir” (Fişek,1985:159).

Bu dönem de (Dr. Refik Saydam dönemi) yapılan çalışmalar (SSYB, 1973:38)

- a. Devlet sağlık örgütünü genişletmek
- b. Sağlıklı insan gücü yetiştirmek
- c. Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak
- d. Sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek
- e. Sağlıkla ilgili kanunları yapmak
- f. Sağlık ve Sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek
- g. Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha Okulunu kurmak şeklinde özetlenebilir.

Bu dönem ile bugün yaşanan reform çalışmaları birinci basamak sağlık hizmeti kalitesinin arttırılmaya çalışılması, merkezileşmeden uzaklaşma çabaları, sağlıklı iyi eğitilmiş iş gücü kaynağı oluşturma alanlarında örtüşmektedir.

1.2.3. 1938 - 1960 Dönemi

Bu dönemdeki ilk önemli girişim; (Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak) 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir (Akdur, 2000:13).

“Bu dönemde merkezi yapıyı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar yapılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası oluşan Sıtma, Çiçek, Frengi ve Cüzzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmış, hastalıklara özgü hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun başlangıcını oluşturan İşçi Sigortaları Kurumu oluşturulmuş, böylece Sağlık Bakanlığı'nın ülkedeki hizmet ve istihdam alanındaki

tekeli kaldırılmıştır. Emekli Sandığı'nın oluşumuyla ilgili çalışmalar da bu dönemde yapılarak sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır. İl özel idareleri ve yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Bölgesel örgüt yapılanmaları da bu döneme rastlar. Bölge numune hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması da bu dönemin eserlerindedir. Köyden başlayarak, sağlık ocaklarının yaygınlaştırılması yine aynı yıllarda ivme kazanmıştır” (SB, 2003:9-10).

“Demokrat parti iktidarında Dr. Refik Saydam'ın ortaya koyduğu politikalarda önemli değişiklik yapılmıştır. 1953 yılında özel idare hastaneleri devletleştirilmiş ve tedavi edici sağlık hizmetlerine önem verilmiştir. Hastaneciliğin gelişimine büyük önem verilerek birinci basamak sağlık hizmetleri ikinci plana itilmiştir” (Fişek, 1985:162-163).

1.2.4. 1961 – 1990 Dönemi

“Bu dönemde değişik sağlık politikaları tartışılmaya başlanmış, ancak sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşü benimsenmiştir. 1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiş, 1963 yılından itibaren de uygulama alanı bulmuştur. 1980'e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir” (SB, 2003:10).

Bu dönemin en önemli özelliği Sosyal Devlet kavramı temel alınarak sağlık hizmetleri sosyalleştirilmeye çalışılmıştır. 224 Sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un çıkarılıp uygulamaya konulmaya çalışılması döneme damgasını vurmuştur. “Kanuna göre birinci basamak hizmeti verecek sağlık ocaklarının nüfusu 5.000–10.000 kişi ile sınırlandırılmıştır. Sosyalleştirilen bölgelerde çalışanların, serbest meslek icra edemeyecekleri hüküm altına alınmıştır. Etkili sevk zinciri kurulmaya çalışılmıştır. Ayrıca gerekli personel şartını taşımayan ve alt yapısı olmayan yerlerde sosyalleştirme planı yapılamayacağı hükme bağlanmıştır. Ayrıca bu kanunla sözleşmeli personel çalıştırılması da öngörülmüştür. Kanun çıktıktan sonra on beş yıl içinde bu kanunun tüm ülkeye yaygınlaştırılacağı öngörülmüş” (Üner, 1961: 109-118) ancak, “1983 yılında yapılan değişiklikle süre

sosyalleşmenin bütün yurt sathına yayılması 1992 yılına kadar” (TTB, 2001:43) uzatılmıştır.

1961 Anayasası ile “İktisadî, sosyal ve kültürel kalkınmanın plana bağlanmasıyla bu görev Devlet Planlama Teşkilatına verilmiş” (RG, 1961: Madde 129) ve planlı döneme geçilmiştir. Bu dönemde 5 adet 5 yıllık kalkınma planı oluşturulmuştur.

Birinci (1963-1967) ve ikinci (1968–1972) 5 yıllık kalkınma planı’nda tekrar edilen bazı politikalar, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda da karşımıza çıkmaktadır. Bunların başında, “Sosyal Güvenlik Kurumu’nun kurularak, sosyal sigorta kurumlarının ve sosyal hizmet kurumlarının önce kendi içlerinde birleşmesinin, sonra bu iki tip hizmet kurumunun kendi aralarında birleştirilerek tek elde toplanması bulunmaktadır. Bunu kamuya ait sağlık tesislerinin tek elde toplanması gerçekleşene kadar, bu kurumların daha verimli kullanılabilmesi amacıyla kurumlar arası koordinasyon kurulunun kurulması ve döner sermayeli kurumlara dönüştürülmesi ile ocaklarla yataklı tedavi kurumları ve dispanserler arasında işbirliği yapılması takip etmektedir. Ayrıca, bunlara ilave olarak, sağlık insan gücü yetiştirilmesi, eğitimi ve istihdamı, yerli sermayeli ilaç üreticileri ve laboratuvarlar ile özel sektörün tedavi hizmetlerinde desteklenmesi, gelmektedir”(DPT, 1967:221,224).

Üçüncü 5 yıllık kalkınma planı’nda (1973-1977) (DPT, 1973:824-827) diğer planlara ilave olarak özetle şunlar eklenmiştir: “SSYB sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesini merkezde koordine edecek bölgesel taşra örgütünü geliştirecek ve yönetimde taşraya daha çok yetkiler verecektir. Hekimlerin yurt sathında dengeli dağılımı için “Yurt Kalkınma Hizmeti” uygulanacaktır. Kademeli bir şekilde genel sağlık sigortasına geçiş için mevzuat hazırlanacak ve sosyal sigorta örgütlerinin ana fonksiyonları dışında kalan faaliyetleri ilgili kurumlara devredilecektir.

“1980’li yıllara kadar geçen dönem, hizmetin iyileştirilmesi, sağlık alt yapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesi ile ilgili uygulamalara tanık olmuştur.1983 sonrası yıllar, sağlık politikalarında önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır. Bu yıllarda,

“mevcut durumun, sorun olduğu anlayışına” dayanan “reform” çalışmaları hız kazanmıştır” (SB, 2003:6).

“1980’li yıllara gelindiğinde reform tartışmaları yaşanmaya başlanmıştır.1989 yılında da Devlet Planlama Teşkilatı tarafından Price Waterhouse’a “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü” yaptırılmış ve sağlık reformu stratejileri ana çerçevesi bu Plan ile tespit edilmiştir.”(Özsoy, 2001:1107)

Dördüncü 5 yıllık kalkınma planı’nda (1979-1983) (RG, 1978:323-324) diğer planlara ilave olarak şunlara yer verilmiştir: “Sağlık hizmetleri finansmanı için gerekli yasal düzenleme yapılacaktır. Sağlıkın sosyalleştirilmesi ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimleri devlet tarafından karşılanacaktır. Tedavi edici sağlık hizmetleri bir bütün olarak ele alınacaktır.

Beşinci 5 yıllık kalkınma planı’nda (1985-1989) (DPT, 1985:150-154) da birinci basamak sağlık tesislerinin üzerinde durulmuştur. “Sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanması esas olacaktır. Genel sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak için sağlık ocakları ile sağlık evlerinin sayıları arttırılacaktır, sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde yürütülmesi için gerekli mevzuat değişiklikleri yapılacaktır”.

1.2.5. 1990 ve 2007 Dönemi

“1990 yılı sonunda Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarının adı sağlık projelerine dönüşmüştür” (SB, 2003:6). Bu dönemde sağlık reformları projeler ve 5 yıllık kalkınma planları ile beraber belirginleşmiştir. Dokuzuncu kalkınma planına kadar giden süreci kısaca inceleyeceğiz.

Altıncı 5 yıllık kalkınma planı’nda (1990-1994) (DPT, 1989:289) “sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırılmasını temel ilke olarak kabul etmiştir.

1990 Yılında, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Tokat, Sivas ve Yozgat illerini kapsayan “**Birinci Sağlık Projesi**“ yapılmıştır. Projeyi finanse etmek için “Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası” ile Türkiye, ikraz anlaşması yapmıştır. İkraza (RG, 1990:14-32) göre “projenin üç hedefi ortaya konmuştur: (1) Proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak, (2) Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği arttıracak önlemleri almak, (3) Sağlık Bakanlığı’nın teknik yapı ve kapasitesini güçlendirmek. Projenin hedefi, sağlık hizmeti sunumu için teknik alt yapının ve kurumsal gelişimin sağlanması olarak öngörülmüştür. Bu ikraz ile “Proje Koordinasyon Ünitisi” kurulmuş ve proje “Birinci Sağlık Projesi” olarak anılmaya başlanmıştır. Projenin 30 Haziran 1997’de tamamlanması” öngörülmüştür.

1994 Yılında, Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkâri, Iğdır, Kahramanmaraş, Kars, Malatya, Muş, Siirt, Şırnak, Şanlıurfa, Tunceli ve Van illerini kapsayan “**İkinci Sağlık Projesi**“ yapılmıştır. Projeyi finanse etmek için “Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası” ile Türkiye, ikraz anlaşması yapmıştır. İkraza (RG, 1994:2-17) göre “projenin iki amacı ortaya konmuştur. Bunlar: (1) Proje illerinde temel sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek, (2) Sağlık hizmetlerinin yönetimini iyileştirmek olarak belirlenmiştir. Projenin 30 Haziran 2001’de tamamlanması öngörülmüştür”.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (1996-2000) diğer Planlardan farklı olarak, aile hekimliği hakkında kanun çıkarılması gündeme getirilerek, sağlık reformu telaffuz edilmiş ve reform çerçevesinde yapılması gereken hukuki düzenlemeler belirlenmiştir (DPT, 1995:41-49,223-226). Bu Planda 1996-2000 (DPT, 1995:41) sağlığa ilişkin dikkati çeken en önemli husus Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması olarak karşımıza çıkmaktadır. “Bu yeniden yapılandırma içinde Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulması ve doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılması da bulunmaktadır” (DPT, 1995:46).

1997 yılında “**Temel Sağlık Hizmetleri**” projesi yapılmıştır. Eskişehir ve Bilecik pilot il seçilmiştir. Bu projenin amaçları : “(a) Proje illerinde aile hekimliği sistemi ve mali teşvikler ve yeterli altyapıyla desteklenen etkin bir sevk sistemine dayanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri pilot sistemini oluşturmak; (b) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri pilot sistemini ülke çapında uygulama amacıyla değerlendirmek ve (c) Sağlık ekonomisi analizi için kurumsal kapasiteyi geliştirmek olarak belirlenmiş ve 31 Mayıs 2000’de bitirilmesi öngörülmüştür” (RG, 1997:2-19).

Bu dönemde sağlık reformu adına çok önemli çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalara ilişkin kanun taslakları yayınlanmıştır. Tasarı ve taslaklar incelendiğinde Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği reform çalışmaları ve Kalkınma Planlarında önerilen reform çalışmalarının özüne uygun hazırlandığı görülmektedir. Ne var ki bu çalışmalar kanunlaşamadıkları için uygulanamamışlardır.

“1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiş, 1963 yılından itibaren de uygulama alanı bulmuştur. 1980’e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir. Seksenli yıllar, 1961’de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi gayretlerine şahit olmuştur. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla Genel Sağlık Sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu husustaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu** çıkarılmıştır.

Ancak, bu kanunun hayata geçirilmesini sağlayacak düzenlemeler günümüze kadar hazırlanamamıştır” (SB, 2003:10-11). Sağlıkta Dönüşüm Programı bu tarihi geçmişin üzerine inşa edilmiştir.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’na (2001-2005) (DPT, 2000:87) göre : “Sağlık hizmetleri; eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulacaktır.”

1.2.6. 2007 Sonrası Dönem

Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), Plan Avrupa Birliği üyelik sürecine katkı sağlayacak temel strateji dokümanı olarak tasarlanmıştır. Avrupa birliği mali yılını kapsayacak şekilde 7 yıllığına tasarlanmıştır” (RG, 2006b:3). Dokuzuncu Plan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulamalarını göz önüne almıştır. Programın hedefleri arasında olan ve henüz uygulanması hususunda gelişme kaydedilemeyen kısımlara dokuzuncu Planda daha çok yer verilmiştir (Dinçer, 2006:44), (RG, 2006b:86-87). Dokuzuncu planda şunlar önerilmiştir:

1- Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacı karşılanacak ve ülke genelindeki dağılımları dengelenecektir. Erişimi kolaylaştıracak Genel Sağlık Sigortası sistemi hayata geçirilecektir.

2- Sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programlarının kontenjanları arttırılacaktır. Sağlık eğitiminin kalitesi, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik becerilerini arttıracak şekilde geliştirilecek, ülke gereksinimlerine ve uluslararası standartlara uygun bir yapıya kavuşturulacaktır.

Ayrıca, sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimler arttırılacaktır.

3- Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulacak, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılacaktır. Ayrıca, vatandaşların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi sağlanacak ve sağlık kuruluşlarında hasta haklarına ilişkin birimler kurularak uygulamalar yaygınlaştırılacaktır.

4- Başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi altyapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi ile arttırılacaktır. 2008 yılı sonu itibariyle aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılacaktır.

5- Daha verimli işletilmesi ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilecektir.

6- Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenecek, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır.

7- Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir.

8- Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir.

9- Önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenebilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir.

10- Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır.

11- İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmalar oluşturulacaktır.

12- Koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayısı ve niteliği arttırılacak, gerekli altyapı ihtiyacı karşılanacak ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır.

Planda önemle üzerinde durulan bir hususta sağlık giderleridir. Plan (RG, 2006b:40-41)'a göre: "Sağlık göstergelerinde geçmiş yıllara kıyasla iyileşmeler olmakla birlikte arzu edilen seviyede değildir. Toplam sağlık harcaması 2000 yılında

gayri safi yurt içi hasılanın % 6.6'sından 2005 yılında % 7.6'sına ulaşmıştır. 2000 yılında % 39 olan ilaç harcamaları 2005 yılında % 34 olarak gerçekleşmiştir. Avrupa Birliği ülkelerinde ise ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık % 16'sını oluşturmaktadır". Görüldüğü gibi Dokuzuncu Kalkınma Planı'nın hedef ve ilkeleri ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedef ve ilkeleri örtüşmektedir (Dinçer, 2006:46). Zaten bu Plan Sağlıkta Dönüşüm Programının başlamasından 3 yıl sonra hazırlanmıştır.

1.3. Türkiye'de Aile Hekimliği Modeli

Bu model birinci basamakta hastalarla sürekli ortaklık geliştiren, aile ve toplum bağlamında hizmet sunan, bireysel sağlık hizmeti ihtiyaçlarının büyük çoğunluğunu karşılayabilen hekimlerin sunduğu entegre, ulaşılabilir sağlık hizmeti merkezli, ilk temasın gerçekleştiği, zamansal sürekliliğin olduğu, kapsamlı (bir organ sistemi ile değil hastanın bütünü ile ilgilenmek) ve sağlık sisteminin diğer bölümleriyle koordinasyonu sağlayan bir modeldir (Bodenheimer, Grumbach, 2009:3).

Türkiye'de bu modelin uygulanmasının sebebi aşağıdaki gibi özetlenebilir.

"Mevcut sağlık sistemimiz, kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılımı itibariyle ihtiyaca cevap veremeyecek hale gelmiştir. Sistem içerisinde köklü değişiklikler yaparak herkesin ulaşabileceği nitelikli ve etkin çalışan bir sağlık sistemini meydana getirmek kaçınılmaz olmuştur" (SB PYDB, 2003:64).

Birinci Sağlık Projesi'nde proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak için "sağlık evleri, sağlık ocakları, hastaneler yapılması ve bunların ihtiyaç duyduğu cihaz, donanım ve taşıt alınması" (RG, 1990:21) öngörülmekteydi. İkinci Sağlık Projesi'nin amaçları ise "Proje illerinde temel sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek" ve buna ilaveten "temel sağlık hizmetlerinin müdahale alanlarının yaygınlaştırılması" 'dır (RG, 1994:8-9). Temel Sağlık Hizmetleri Projesi'nde (RG, 1997:9), Proje'nin amaçları şunlardı: "Proje illerinde aile hekimliği sistemi ve mali teşvikler ve yeterli alt yapıyla desteklenen etkin bir sevk

sistemine dayanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Pilot Sistemini oluşturmak, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Pilot Sistemini ülke çapında uygulama amacıyla değerlendirmek ve sağlık ekonomisi analizi için kurumsal kapasiteyi geliştirmektir”

“Aile hekimliği sistemi uzun yıllardır Batılı ülkelerde işletilmektedir. Bu birikimin olumlu yönlerini yansıtarak, ülkemizde de aile hekimliği sistemine geçmek mümkün olabilir. Ancak bunu yaparken ülke koşulları asla göz ardı edilmemelidir” (SB PYDB, 2003:64). “Aile Hekimi; kendisine kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetlerini vermek için gerekli eğitimleri almış, hastalıkları tedavi ederken toplumsal ve kültürel faktörleri de dikkate alan ve kişileri ailenin bir parçası olarak değerlendiren birinci basamak hekimi olmalıdır.” (SB PYDB, 2003:65)

Aile Hekimliğinin ülkemizde model olarak uygulanması uzun yıllar süren bir süreç ile gerçekleşme yolunda ilerlemektedir. Ülkemizde hiçbir şekilde mevcut sağlık sistemi ile üretilen sağlık hizmetleri kontrol edilememiş ve birinci basamak sağlık hizmetleri etkin hale getirilememiştir. Bu nedenle ülkemizde etkin ve verimli sağlık hizmeti sunumu açısından, “Sağlıkta Dönüşüm Programı “ ile sağlık sistemi değişikliğine gidilmek istenmiştir. Mevcut sistemden vazgeçilerek aile hekimliği uygulamasına geçiş benimsenmiştir (Dinçer, 2006:70). “Birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğru yapılandırıldığı ve yeterli kalitenin sağlandığı durumlarda sağlık sorunlarının % 90’ına yakın bir bölümünün birinci basamakta çözümlenebileceği bugün bilinen bir gerçektir” (SB SPGK, 2003:66).

Aile Hekimliği uygulaması ilk olarak 15.09.2005 tarihinde Düzce ilinde başlamış ve 16.02.2006 tarihinde 10 ilde daha pilot olarak uygulanmasına karar verilmiştir. Bu uygulama ile Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bileşenlerinden “**Birinci Basamak için Aile Hekimliğinin Uygulamaya Konulması**“ alt bileşeni pilot olarak hayata geçirilmiştir. Bu bileşen böylece hayata geçen ilk alt bileşen olmuştur. “5258 Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Pilot Kanun” (**Kanun**) çıkarılmıştır (RG, 2004a). Daha sonra “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” çıkarılmıştır (**Yönetmelik**) (RG, 2005b). “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak

Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik” çıkarılarak (2.Yönetmelik) (RG, 2005c) mali konulara ait düzenlemeler yapılmıştır. Daha sonra da pilot illerde “Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezi Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge (Yönerge)” (www.sağlık.gov.tr) yayınlanarak aile hekimliği uygulamalarına ilişkin mevzuat alt yapısı düzenlenmiştir. En son 25 Mayıs 2010 günü 27591 sayılı resmi gazetede yayımlanan Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği birinci basamağa tüm ülkede şekil verecek olan pilot uygulamayı sağlamlaştırmıştır.

Bu bölümde elimizdeki mevzuata göre “Aile Hekimliği Türkiye Modeli” incelenecek olup pilot bir uygulama olması sebebi ile gelişime açık bir model olduğu unutulmamalıdır. “Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler” (SB, 2004:15). İzmir’de 2007 yılında tüm hekimlere aile hekimliği sertifikası yedi gün süren eğitimden sonra verilmiş, tüm hekimlere ama sağlık müdürlüğü personeli ama bakanlıktan gelen sorumlu koordinatörler vasıtasıyla bu model ve işleyişi anlatılmıştır. Ne yazık ki meslek odaları ve siyasi bakış açısı bu modelin bu ilde uygulanması için gereken hekimlerde görüş birliğinin oluşmasını engellemiştir. Doğru veya yanlış hekimler bölünmüş birbirlerine taraf olmuştur. Bir tarafta modeli destekleyen ve aile hekimi olmak isteyenler diğer tarafta modele inanmayıp aile hekimi olmak istemeyenler oluşmuştur. Ne yazık ki bu durum il dışından çok sayıda hekimin İzmir’e aile hekimi olmak için gelmesine sebep olmuştur. Bu durum toplum sağlığı merkezlerinde gereğinden fazla sayıda hekimin plansız kadro almasına sebep olmuştur. Böylece TSM kadrosunda kalan hekimler için bitmeyen geçici görevler başlamıştır.

1.3.1. Aile Sağlığı Merkezleri

Aile sağlığı merkezi, Bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir. Aynı aile sağlığı merkezinde görev yapan her bir aile hekimi ayrı ayrı sözleşme yapmak

zorundadır(RG, 2005b:20). Aile hekimleri öncelikle, bölgedeki Bakanlık ve diğer kurumlara bağlı uygun sağlık kuruluşlarında hizmet verirler. Bu imkânların sağlanamaması halinde aile hekimleri çalışacağı bölgede kendi donatacakları uygun standartları taşıyan mekânlarda hizmet verirler. Kanuna göre; aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir. Yine mevzuata göre aile sağlığı elemanı ise “AH ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memuru olarak tanımlanmıştır.

İzmir’de 14/05/2007 tarihinde 1087 aile hekimliği birimi hizmet vermeye başlamıştır. Aile Hekimliği Uygulamasında 31/03/2007-02/04/2007 tarihleri arasında gerçekleştirilen ilk yerleştirmede davet edilen 1024 hekimden 900’ü aile hekimliği birimine sözleşmeli olarak yerleşmiştir, takip eden süreçte tüm birimlere hekimler sözleşme imzalayarak yerleşmişlerdir. İzmir ilinde neredeyse her 6 ayda bir günümüze kadar boşalan ve yeni açılan birimler için yerleştirmeler yapılmış ve hekimler tarafından yoğun bir başvuru ile takip edilmiştir. İzmir’de 2009 Aralık ayı itibariyle Aile Hekimliği Birimi sayısı 1100’ ün üzerine ulaşmıştır. Aile sağlığı merkezleri bu modelde merkezi oluşturmaktadır. Hasta memnuniyetinin kısa vadede yaratılacağı yer burasıdır. Modelin yumuşak karnıdır, sadece hasta değil hizmet veren personelin memnuniyeti de önemlidir. Durum böyle olunca modelin ilk uygulandığı günlerde hem hastalar hem de hizmet verenler hoş tutulmuştur. Hizmet verenlere maddi imkanlar sorgulanmadan sunulmuş, hastalara da hekimin uygulamalarında çok esnek davranması yönünde kolaylıklar sunulmuştur. Örnek vermek gerekirse hekim ücretleri aile sağlığı merkezi giderlerine mahsuben verilen ücretlerle çokmuş gibi gösterilmiş, aile sağlığı elemanları ise çoğunlukla bitmek tükenmek bilmeyen uzak noktalara geçici görevlendirmelerden korunmak amacıyla sözleşme imzalamıştır. Hastalar ise hekimleri eczanelerden istedikleri ilacı ücretsiz temin etmede bir araç olarak kullanmışlardır. İstedikleri laboratuvar tetkiki yaptırtmak

amacıyla bilinçsizce kullanmışlardır. Bu tip kısa vadede memnuniyet artırıcı tedbirlerle model tüm ülkeye yayılncaya kadar devam edecek modele uymayan bir sistem geliştirilmiştir.

1.3.2. Toplum Sağlığı Merkezi

Yönergeye göre, toplum sağlığı merkezi; bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezi” olarak tanımlanmıştır (Yönerge, 2005:1).

Her il ve ilçede sorumluluk bölgesi; mülki sınırlarla sınırlı, bir “toplum sağlığı merkezi” kurulması öngörülmüştür. Büyükşehirlerde ise Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı her ilçede bir tane, nüfusu 100.000’den fazla olan il merkezlerinde her 100 bin kişiye bir tane toplum sağlığı merkezi kurulması öngörülmüştür. Toplum sağlığı merkezlerinin bir önemli özelliği de aile sağlığı merkezlerinde görev almak istemeyen personelin buralarda görevlendirilecek olmasıdır. İzmir’de modelin uygulanmaya başlaması ile ilk aylarda TSM’lerde yaşanan belirsizlik, hekim kadrosu şişkinliği ve geçici görevlerle tarif edilebilir. Aile hekimliği modelinin uzun vadede memnuniyet yaratması öngörülen TSM boyutu ne yazık ki başlangıçta göz ardı edilmiştir. TSM’ler aile hekimliğini tercih etmeyen hekimlerin cezalandırıldıkları kurumlar olmuştur. Aşağıda sıralanan hizmetler, kadrolar dolu olmasına rağmen, nitelikli personel ve yöneticiler olmaması sebebi ile gereğince verilememiştir. Aile Hekimliğinin pilot uygulandığı illerde, Toplum Sağlığı Merkezleri kurulması ve çalıştırılmasına dair 26.01.2010 tarihinde yayınlanan yeni yönerge TSM’lerin çalışma ve işleyişine dair yaşanan sıkıntılardan ders çıkartılarak oluşturulmuştur. Özellikle nitelikli personel çalıştırılması yönünde ekler yapılmış, görevlerini daha iyi ifade etmiştir. Eğitimin ve uzmanlaşmanın kadrolaşmada ön plana çıkarıldığı bu yönergede sürekli eğitim ve hizmet bütünlüğü önem kazanmaktadır. İlk aylarda TSM’lerde görülen haksız görevlendirmelerin önüne geçilmeye çalışılmıştır.

Yönergeye göre toplum sağlığı merkezinin sunduğu hizmetlerin başlıcaları şöyle tespit edilmiştir:

- a) İdari ve mali hizmetler,
- b) Çevre sağlığı hizmetleri,
- c) Bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri,
- d) Aile Sağlığı Merkezleri,
 - i. Koordinasyon hizmetleri ve yapılan işlerin bildirilmesi,
 - ii. Lojistik hizmetleri,
 - iii. Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,
 - iv. Hizmet içi eğitim hizmetleri,
 - v. Kayıtların tutulması ve denetim hizmetleri,
- e) Acil sağlık hizmetleri,
- f) Adli tıbbi hizmetler (ölüm raporu, defin/nakil izni),
- g) Okul sağlığı hizmetleri,
- h) İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri,
- i) Sağlık eğitimi hizmetleri,
- j) Özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve denetimi,
- k) Afet organizasyonu,
- l) Kurullara ve komisyonlara katılım,
- m) Yeşil Kart hizmetleri,
- n) Sağlık Müdürlüğünün verdiği diğer görevleri yapmak.

1.3.3. Eğitim ve Sertifikasyon

Kanun ve Yönetmeliğe göre Bakanlığın öngördüğu eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler AH olabilmektedirler. Yönetmelikle eğitim alınmasının şartları belirlenmiştir. Aile hekimlerinin eğitimleri iki aşama halinde sürdürülmesi öngörülmüştür. Birinci aşama eğitim programı en çok on gün olarak tespit edilmiştir.

İkinci aşama eğitiminin, modüler eğitim tarzında birinci aşama eğitimin ardından başlaması planlanmıştır. Ve bu eğitimin süresi en az 12 ay olarak tespit edilmiştir. Birinci ve ikinci aşama eğitimin süresi ve içeriği Bakanlık tarafından belirlenmektedir. Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Bununla birlikte Aile hekimliği uzmanları, uygulamaya yetkilendirilmiş diğer hekimlerle birlikte Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabileceklerdir (Dinçer, 2006: 75).

İzmir’de aile hekimliği modeli uygulanmaya başlamadan önce tüm pratisyen hekimlere birinci aşama eğitimleri verilmiştir. Bu eğitimler gerek meslek odaları gerek sendika ve buna benzer sivil toplum örgütleri tarafından eleştirilmiştir. Eleştiriler eğitimin kısa olması ve eğiticilerin niteliğine yönelik olmuştur. Gerçekten eğitim bir hafta sürmüş, eğiticilerde akademik dünyadan sertifikalı öğretim üyeleri değil de hizmet puanını yükseltmek amacıyla eğitmen olmuş pratisyen hekimlerden oluşturulmuştur. Hizmet puanları hekimler arasında aile hekimliği yerleştirmelerinde yerleştirme sıralamasının oluşmasında kullanılmıştır. Bu durumda ilk yerleştirme sırasında hekimler tarafından çok eleştirilmiştir. İkinci aşama eğitimler başlamış, internet vasıtasıyla kayıtlı aile hekimlerine verilmektedir. Bu eğitimlerde henüz tam olarak meslek odası, üniversiteler ve sağlık bakanlığı ile ortak nitelikli içerik oluşturulamamıştır.

Aile sağlığı elemanları da Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabileceklerdir. Bununla birlikte Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu eğitimlerin en az % 80’ine katılmak zorundadır. Verilen eğitimlerde “birinci aşama yeni görev tanımlarını ve uygulamaları tanıtacak, yetki ve sorumlulukları aktaracak kısa süreli bir uyum eğitimini içermektedir. İkinci aşama eğitim modüllerini tamamlama şartına bağlıdır. Bu eğitim mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedeflemektedir. Ayrıca bu şekilde AH olan pratisyenler için kısmi zamanlı uzmanlık eğitimini sürdürmesine fırsat tanınması planlanmaktadır (SB, 2004:78-79).

1.3.4. Personel Atama ve Mali Haklar

Kanuna göre aile sağlığı merkezlerinde çalışacak olan personelle sözleşme yapılmaktadır. Öncelikle aile sağlığı merkezinde çalışacak personelin kendi talebi aranmaktadır. Talep olmaz ve ihtiyaç olursa bakanlık personelini buraya atayabilmektedir. Atama yönetmeliğe göre yapılmaktadır. Önce aile hekimliği bölgeleri planlanmakta sonra hizmette geçirilen sürelerden elde edilen hizmet puanlarına göre yerleştirme yapılmaktadır.

Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılmaktadırlar. Ayrıca bu personelin kadroları ve daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluğu ile ilişkileri devam etmektedir. Bu personel, talepleri halinde eski görevlerine atanmaktadırlar. Bununla birlikte sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilmektedir. Son zamanlarda İzmir’de emekli olmak isteyen bazı aile sağlığı elemanlarının sözleşmeli olarak geçirdikleri sürenin emekliliklerine yansımadağı ve hakkıyla emekli olamadıkları görülmüştür. Bu konu şu an İzmir’de tüm sözleşmeli personel tarafından kaygıyla izlenmektedir. Bununla beraber sözleşmeleri iptal olan veya kamu görevine kendi isteği ile dönen hekimlerin veya aile sağlığı elemanlarının sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilmiş ve bir kayıpları olmamıştır.

Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı elemanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanmaktadırlar. Ayrıca bu madde kapsamındaki çalışmaları hizmet sürelerinde dikkate alınmaktadır.

Yine Kanuna göre, ödenecek ücretlerin tutarının tespitinde Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve AH’nin aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmaktadır bunlara ilave olarak şunlarda değerlendirilmektedir:

- a) Çalıştığı bölgenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi,
- b) Aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri,
- c) Kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları,
- d) Gezici sağlık hizmetlerini verip vermeyecekleri ile

e) Aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınmaktadır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar ödenecek ücrette indirim yapılmaktadır. Aile hekimliği modelinin önemli özelliklerinden biride sevk zincirinin kurulması ve sevk oranlarının kontrol altında tutulmasıdır. Ancak ilimizde Türkiye’de olduğu gibi sevk zinciri kurulmamıştır, bu sebeple aile hekimleri bu konuda sorumlu tutulmamışlardır. Koruyucu hekimlik uygulamalarının sağlanması konusu ise açık uçlu bir sorun oluşturmuştur. Bu konuda gebe izlem, bebek izlem ve aşılama takibi önemli birer kriter olarak ele alınmıştır. Aile hekimleri bu kriterlerde çok titiz bir şekilde denetim altında tutulmaktadırlar, hatta performans kesintisi adı altında aylık hak ettikleri ücretlerinden uygulamada eksik görülürse kesinti yapılmaktadır. Sorun genellikle aile hekimlerinin kontrolü dışında gerçekleşen uygulama eksiklerinde oluşmaktadır. Örneğin farklı bir bölgeden gelip hamileliğin geç aylarında habersiz aile hekimine kayıt gerçekleştiriliyor, bu durumda hekim hamilelik tespitini gerçekleştirdiğinde arzu edilen zamanda tespit gerçekleşmediği için ücrette kesinti yaşanmaktadır. Hekimin tek yapabileceği itiraz dilekçesi yazmaktır.

2. Yönetmeliğe göre sözleşme süresi bir yıl olarak mali yılla sınırlı tutulmuştur. Ayrıca AH ve aile sağlığı elemanlarına kazanç getirici bir başka işte çalışma yasağı getirilmiştir. Ücretlendirme 2. yönetmelikte şu şekilde belirlenmiştir: Aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetleri için kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1000 (bin) kişiye kadar sabit ücret

verilmektedir. Aile hekimliği uzmanı ise 2.000 YTL uzman tabip veya tabip ise 1.500 YTL ödenmektedir. 1000 (bin) kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına ayrıca 1 YTL verilmektedir. Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça benzer ücret ödeme modeli 224 Sayılı Yasanın Taslağında 27. madde olarak bulunmaktadır. Ancak Yasanın metninde yer almamıştır (Üner, 1961:59). Bu ücretler güncellenmektedir. Görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için kişi başına 0,40 YTL esas alınmaktadır. AH'ye ödenecek diğer ücretler bunun üzerine ilave edilmektedir. Bir diğer ödeme ise aile sağlığı merkezi giderleri ile ilgilidir. Sözleşmeyle alıştırılan aile hekimine hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, onarım ve tıbbi sarf malzemeleri gibi giderleri için her ay her ay tavan ücretin %100'ü ödenir.

Sözleşmeyle alıştırılan aile hekimine ihtiyaç duyduğu tetkikleri yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuarlarda yaptırtmak ve bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerini temin etmek amacıyla yapılacak giderler karşılığı ayrıca bir ödeme yapılır. Yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuarlarda yaptırtılan tetkikler için belge karşılığında ödeme yapılır; belgelendirilemeyen kısım için herhangi bir ödeme yapılamaz. Ancak tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı yapılacak toplam ödeme tutarı tavan ücretin %100'ünü geçemez (Karadağ, 2007: 28).

Ödemelerde bir diğer ek ödeme kıstası olarak ise görev yapılacak bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi göz önüne alınmaktadır. Bu kıstas belirlenirken Kalkınmada Öncelikli Yörelere Cetveli esas alınmaktadır.

Buna göre sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerine yapılacak ödemede; 1, 2 ve 3 üncü bölgelerde görev yapanlar için tavan ücretin %10'u, 4 üncü bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %20'si, 5 inci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %30'u, 6.ncı bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %40'ı, 7.nci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %50'si, esas alınır.

Ayrıca gezici sağlık hizmetleri gideri olarak kendisinde kayıtlı mobil nüfusun büyüklüğüne göre, gezici hizmet kapsamındaki nüfus 500'den az ise tavan ücretin %0'ı, 500-1000 kişi ise %10'u, 1001-1500 kişi ise %20'si, 1501- 2000 kişi ise

%30'u, 2001 kişiden fazla ise %40'nın ödenmesi esas alınmaktadır (Klinik Haber, 2005:12). Aile sağlığı merkezinde çalışanlar 2. yönetmeliğe göre iki ay önceden haber vermek koşulu ile sözleşmelerini fesih edebilirler. Bu süreyi dikkate almayan personel bir yıl süre ile AH veya aile sağlığı elemanı olamaz. Koruyucu hekimlik hizmetlerinde, aylık başarı % 96 ve üzerinde değilse aşı takibi, gebe takibi ve bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı kesinti oranları uygulanmaktadır.

Aile hekimlerinin sözleşmeleri yönetmeliğe göre 1 yıl sürelidir ve her yıl tekrar düzenlenir. İzmir ilinde yönetmeliğe göre sözleşme ile alınan bu hizmetin sözleşme imza yetkisi valiliğe verilmiştir. Valilik sözleşmeyi tek taraflı feshetme yetkisine sahiptir. Sözleşme hekim açısından zorlayıcıdır, iş güvencesi açısından pek güven verici değildir. Hizmetin sürekliliği düşünüldüğünde iki taraf içinde sürdürülebilir bir ilişki sağlamamaktadır. Bu noktada dünyada tartışmaya açık olan aile hekimlerinin kamu personelimi yoksa muayenehane sahibi özel hekim mi oldukları sorusu verdikleri kamu hizmeti bağlamında önemlidir. Verilen hizmetin ne kadar önemli olduğu gerçeği tartışmanın ülkemizde daha henüz başlamamış bile olması açısından düşündürücüdür.

Birinci basamakta aile hekimliğini uygulayan Avrupa ülkelerinde aile hekimlerinin kamu çalışanı mı özel sektör elemanı mı olmaları gerektiği tartışmaları uzun zaman almıştır. Bu tartışmalar hizmetten yararlanacak olanlara garantili iyi hizmet sunulmasının ve kırsal şehir ayrımı olmaksızın hizmetin ulaşılabilirliğinin sağlanması yollarının aranması üzerinde yoğunlaşmıştır. Bazı ülkelerde aile hekimi geniş bir birinci basamak ekibi ile birlikte hizmet sunarken diğerleri hizmeti hekim üzerinde yoğunlaştırmayı uygun bulmuştur. Hekimlerin ücretlendirilmesinde farklı yollar izlenmiştir (Önder ve diğerleri, 1996:112).

1.3.5. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü

Yönetmeliğe göre aile hekimliği uygulamasına (AHU'ya) geçilen yerlerde, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için aile hekimlerine kayıt olması şarttır. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçilen illerde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ikamet ettikleri

bölge göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Daha sonra kişiler, buldukları yerin coğrafi şartlarına göre yakın konumdaki aile hekimini zaman ve bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilmektedir. Kendi seçimini yapan kişinin aile hekimini değiştirmesi için en az altı ay beklemesi zorunlu kılınmıştır. Ayrıca doktorlar da hastalarını kabul etmeyebilirler. Ancak bu belirli şartlara bağlanmıştır. Öncelikli şart “ kişinin başka doktor alternatifinin bulunmasıdır”. Diğer koşullar ise şunlardır: Tıbbi etiğe uygunsuz davranışların (kişi hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb) belgelenmesi, hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması, hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması, taciz, tehdit ve bunun gibi iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır” (SB, 2004:80-81). Ancak İzmir ilinde bir çok bölgede coğrafi konum sebebi ile bu özgürlük pek uygulanamamaktadır. Özellikle kırsal bölgede bu durum geçerlidir.

1.3.6. Hizmet Sürekliliğinin Devamı

AHU ile AH’ye kayıtlı kişilerin sürekli olarak aynı doktor tarafından takip edilmesi hedeflenmiştir. Yönetmeliğe göre, AH sağlık hizmetlerinin bütünüyle kullanımından sorumlu hekimdir. AH yıllık izne veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakacak olan geçici süreli AH atanmaktadır. Ayrıca hizmetlerin devamlılığının sağlanabilmesi için gerekli durumlarda Bakanlık personeli görevlendirme suretiyle çalıştırabilmektedir. Çalışma saatleri dışında ve resmi tatillerde, bölgedeki aile hekimleri sayısı dikkate alınarak icapçı veya aktif nöbet uygulamaları çerçevesinde hizmetin devamlılığının sağlanması hedeflenmiştir. Şu anki mevcut sistemde hastaya bakan doktor ile hastanın karşılaşabilme ihtimali çok da yüksek değildir. Bu hekim seçme özgürlüğünün ve hizmet sürekliliğinin önündeki en büyük engeldir. “İş veya tatil nedeni ile sürekli ikamet ettiği yerden en az iki ay süreyle uzak kalacak kişi, kayıtlı olduğu aile doktorundan “geçici bakım belgesi” almaktadır. Bu belgeyi geçici olarak gittiği yerde seçtiği aile doktoruna verir. Kendi aile doktoru geçici belge verdiği kişiye ait bildirim yaparak ücret tahsil edemez. Kişi geri dönerken geçici aile doktorundan ayrıldığını ve yapılan işlemleri gösteren bir belgeyi kendi aile doktoruna götürerek kaydını yeniletir” (SB, 2004:82).

1.3.7. Çalışma Saatleri ve İzin

Kanuna göre aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir; acil haller hariç, haftada kırk saatten az olamaz (RG: 2004:2). Kanuna ve Yönetmeliklere göre AH tam gün esasına göre çalışmaktadır. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin koşulları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenebilecektir. Ancak çalışma saatlerinin yerel sağlık idaresince onaylanma şartı vardır. Yönetmeliğe göre yapılacak ev ziyaretleri ve gezici sağlık hizmetleri çalışma süresine dahil edilmektedir. AH yıllık izinde veya hastalık izninde bulunduğu süre boyunca yerine bakacak olan geçici süreli AH atanacaktır (RG, 2005:3).

1.3.8. Aile Hekimliği Hizmetleri

Aile hekimi tarafından verilecek hizmetler yönetmelikte tarif edilmiştir. Aile hekimi, aile sağlığı merkezinin yönetiminden, aile sağlığı elemanlarından ve hizmet verdiği bölgenin sağlığından sorumludur. Bunlar şöyle özetlenebilir:

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek Aile hekiminin öncelikli görevidir. Aile hekimi, temel laboratuvar hizmetlerini verir veya verilmesini sağlar, verdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar, ilk yardım ve acil müdahale hizmetlerini verir veya verilmesini sağlar, tanı ve tedaviye ilişkin her türlü diğer hizmetler ile doğum öncesi, doğum sonrası lohusa ve bebeğe beraber izlem yapar. Gerekirse bu hizmetleri niteliğine göre kişinin bulunduğu yerde verir. Bakanlıkça belirlenen ve uygulamaya konulan kişiye yönelik özel sağlık programlarını yürütür. Yönetmelikte, bu görevlerden bebek ve gebe izlemi ve asılama oranları performans kriteri olarak yer almaktadır (RG: 2005:2).

1.3.9. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim

Kanuna göre aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacaktır (RG, 2004:2). Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin %20'sine kadar indirim yapılması öngörülmüştür. Bununla birlikte Yönetmeliğe göre (RG: 2005:6), öngörülen sevk oranını asan aile hekimleri, sevk ettiği vakaların niteliğine göre hizmet içi eğitime tabi tutulabileceklerdir. Yönetmelikte (RG, 2005:6-7), aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verecek olan ilk mercidir. Hastayı gerekiyorsa sevk formu düzenleyerek sevk eder. Aile hekimi, sevk formuna, sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır. Birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamak sevki yalnızca aile hekimi yapabilir. Aile hekimi sevk sonrası verilen hizmetleri geri bildirim vasıtası ile izler ve hizmet birimleri arasında gerekli koordinasyonu sağlar. Aile hekimine geri bildirim aynı sevk formu üzerinden veya forma ekli epikriz vasıtasıyla yapılacaktır. Üst basamaktan geri bildirim yapılması zorunludur. Örnek : Hastanede doğum yapılması halinde, taburcu işlemleri yapılırken annenin ve bebeğin sağlık durumlarını bildiren ve hastanede yapılan tıbbi işlemleri açıklayan epikrizleri ilgili tabipler tarafından ayrı ayrı doldurulacak ve imzalanarak aile hekimine teslim edilmek üzere hastaya verilecektir.

İzmir ilinde sevk zinciri uygulaması altyapı yetersizliği sebebiyle tüm diğer pilot bölgelerle beraber süresiz ertelenmiştir.

1.3.10. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler

Yönetmeliğe göre, (RG, 2005:2-3) gezici hizmet vermek yükümlülüğü aile hekimi atanırken belirlenmektedir. Gezici hizmet bölgelerindeki kişiler gezici sağlık hizmeti alabilirler. AHU bölgesindeki dağınık yerleşim birimlerine, aile hekiminin belirli bir plan dâhilinde periyodik olarak ulaşması ve bu şekilde hizmet vermesi esas uygulama şekli olarak belirlenmiştir. Bunu sağlamak için aile hekimi, coğrafi durum,

iklim koşulları, ulaşım şartları ve kendisine bağlı olan yerleşim birimlerinin sayısını dikkate alarak hizmeti aksatmayacak şekilde ziyaretlerini yapacaktır. Bu ziyaretlerin aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, aile hekimince uygun görülen kısmı aile sağlığı elemanınca da yapılabilecektir. Gezici sağlık hizmetleri öncelikle koruyucu sağlık hizmetleri için yapılır.

Bu kapsamda verilecek hizmetler şunlardır:

1) Ev ziyaretleri,

2) Gebe takipleri

3) Bebek takipleri

4) Asılama hizmetleri

5) Aile hekiminin öngördüğü kronik hastalar için evde takip hizmetleri. Standart muayene hizmetleri ancak yukarıda sayılan hizmetler bittikten sonra verilebilir. Hizmet sunumunda problem yaratmaması amacıyla gezici hizmet verilen köylerin muhtarlarına hizmetin özellikleri bildirilir. Aile hekiminin gezici hizmet vereceği nüfus 1500'ün üstü ise ayda en az 32 saat, 501–1500 ise ayda en az 16 saat olacak şekilde düzenleme yapar ve İl Sağlık Müdürlüğüne bildirir. Kalan mesaisini aile sağlığı merkezinde tamamlar. Aile hekimi her ay gezici sağlık hizmeti vermekle yükümlü olduğu her yerleşim birimine en az 1 kez gider. Her ayın hangi günlerinde hangi saatler arasında hangi yerleşim birimine gezici hizmet vereceğine dair listeyi bir önceki ayın 15'ine kadar Sağlık Grup Başkanlığına teslim eder. Bu listeyi aile sağlığı merkezinde görünür bir yere asar. Daha sonra listede makul sebeplerle değişiklik talebi İl Sağlık Müdürlüğüne onayı ile yapılabilir. Yolların kapanması vb. mücbir sebeplerle gezici sağlık hizmetinin yerine getirilememesi durumunda mülkî idare amirinin onayı ile mücbir sebep kalkana kadar gezici sağlık hizmeti iptal edilebilir.

1.3.11. Tetkik ve Tahlil İşlemleri

Yönetmeliğe göre, AH, tanı ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini mümkünse kendi çalıştığı birimde yapacaktır. Diğer laboratuvar hizmetleri İlçe Sağlık Grup Başkanlığı bünyesinde sürdürülecek veya İl Sağlık Müdürlüğü'nün uygun gördüğü sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırılacaktır. Kanuna göre belirlenen limiti aşmamak kaydıyla bu tetkik ve tahlillerin ücreti ödenecektir.

1.3.12. Performans Kriterleri

Yönetmeliğe göre, Aile hekimlerinin performans değerlendirmesinde vermiş oldukları kişisel koruyucu sağlık hizmetleri ve sevk oranları dikkate alınmaktadır (RG, 2005: 4). Sevk oranları, bebek ve gebe izlemi ve aşılama oranlarının hesaplanmasına dair usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca 2. yönetmelikle belirlenmiştir. Buna göre performans kriterleri ücretlendirme de esas alınmaktadır.

AHU'nda ev ziyaretleri çağımız birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemlidir, ve aile hekiminin bu görevini titizlikle yerine getirmesi gereklidir. Aynı şekilde mobil hizmet hekimin ulaşabildiği nüfusuna koruyucu sağlık hizmetlerini götürmesini sağlamaktadır. Aşılama, bebek ve gebe takibi gibi uygulamaların mesafelerin uzak ulaşımın zor olduğu coğrafyalarda mobil hizmet vasıtasıyla yerine getirilmesi çok önemlidir. Aile hekimliği Türkiye modelinde İzmir ilinde hekim başına 3500 ortalama nüfus düşmektedir, nüfusun yoğun olduğu merkezlerde 4000 kişinin kayıtlı olduğu hekimler çoğunluktadır. Aile hekimlerinin listelerindeki nüfus arttıkça yukarıda belirttiğimiz hizmetlerin niteliği azalmaktadır, ters orantı söz konusudur, az hekimle hasta memnuniyetini kısa vadede elde etmek mümkün değildir.

1.4. Aile Hekimliğinin Diğer Ülkelerdeki Uygulamaları

1.4.1. Avrupa Birliği Ülkelerinde

Gerek Topluluk ülkelerinde ve gerekse Topluluk dışı Avrupa ülkelerinde sağlık politikaları, ülkelerin kendi özelliklerine göre biçimlendirilmiş olup, çoğunlukla kendi öz kaynaklarına dayandırılmıştır. Dolayısıyla Avrupa ülkeleri arasında sağlık hizmetlerinin sunumu, insan gücü uygulamaları ve uygulanan sağlık finansman politikaları açısından büyük farklılıklar vardır(Özdemir, Ocaktan, Akdur, 2003: 211)

1.4.1.1. Birleşik Krallık-İngiltere

Birleşik Krallık'ta 1948 yılında kurulan Ulusal Sağlık Sistemi genel vergilerle finansmanı sağlanan, sağlık hizmeti sunumu birinci basamakta genel pratisyenler ve toplum sağlığı çalışanları tarafından, ikinci basamakta kamu hastaneleri tarafından sunulan bir sistemdir. Bu kapsamda sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için kişiler öncelikle bağlı buldukları genel pratisyene başvurmak durumundadır(Dinç, 2007; 10).

Yılda yaklaşık 300 milyon doktor başvurusunun % 95'i genel pratisyenlere olmaktadır. Bunların da % 90'ının tedavisi bastan sonuna kadar genel pratisyen tarafından tamamlanmaktadır. Herkes kendi aile hekimini seçebilmektedir. Aynı şekilde genel pratisyen de başvuran kişiyi listesine alıp almamakta serbesttir. İngiltere'de genel pratisyenlerin ücretlendirilmesi farklı şekillerde olmaktadır. Gelirlerinin yarıdan fazlası listelerinde kayıtlı kişi başına ödeme şeklinde, kalanı ise yaptıkları işe (hizmet başı ödeme) endekslidir (Kılıç, 2006; 62).

İngiltere'deki tüm hastalık vakalarının % 85'i kendi kendine bakım ile iyileşmekte, geri kalanların % 90'ı aile hekimleri tarafından tedavi edilmekte sadece % 10'u hastane uzmanları tarafından görülmektedir. Yine de hastane giderleri tüketilen toplam kaynakların % 65'ini bulurken, birinci basamak harcamaları % 30'un altında kalmaktadır.

Ulusal Sağlık Sistemini diğer batılı ülkelerin sağlık sistemlerinden ayıran iki temel özellik vardır. Bunlardan ilki, hemen tüm batı ve ileri kapitalist ülkelerde sağlık sistemlerinin finansmanında sigortacılık uygulamalarına değişik oranlarda yer verilirken, Ulusal Sağlık Sisteminde sistem sadece genel vergilerle finanse edilmekte ve sigortacılık çok az olarak bulunmaktadır. Diğeri ise, İngiltere’de GSMH’den sağlığa ayrılan pay diğer batılı ülkelere daha az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. Yani Ulusal Sağlık Sisteminde daha az harcama ile daha iyi sağlık hizmeti verilmektedir (Serin, 2001; 146).

İngiltere’de Thatcher dönemi ile Ulusal Sağlık Sistemine verilen destek zaman içerisinde azalmış, özel sağlık sigortacılığı ve özel hastaneler zinciri yaygınlaşmaya başlamıştır. Dolayısıyla, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin uygulandığı bir ülke olarak bilinmesine karşın 1980 sonrası gelişmeler sonucu sağlık alanında özelleştirmelerin yayıldığı bir ülke durumuna gelmiştir.

NHS’de sağlık hizmetleri üç ayrı basamakta verilmekte olup, basamaklar arası çok iyi bir sevk zinciri kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu dolayısıyla Genel Pratisyenleri içerir. İkinci basamakta konsültan denilen uzman hekimler bulunmaktadır. Bu hekimlere ancak GP sevk ederse hasta gidebilir. Üçüncü basamak ise özel dal hastanelerini, eğitim hastanelerini içeren ileri tip merkezleridir (Çalış, 2006; 170).

GP’ler devlet memuru değildir; muayenehanesi olan özel hekimlerdir. Bölgesel Aile Hekimliği Komitesi ile anlaşarak istediği yerde yerleşebilirler. GP’lerin kendilerine her başvuruları listeye alma zorunluluğu yoktur. Bu sebeple, genellikle kronik ve ağır hastalar listeye alınmak istenmemektedirler. Bu tip hastaların GP’lerce listeye alınabilmeleri için özel teşvikler getirilmiştir. GP listesine kayıtlı her hastaya günün her saatinde, gerekirse evine giderek bakmak zorundadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ise GP tarafından verilmek zorunda değildir. çünkü koruyucu sağlık hizmetlerini Yerel Sağlık Yönetimleri üstlenmiştir. Fakat GP’ler de kendi hastalarının aşularını yapmak, servikal smear gibi taramalarda bulunmak ve kişisel sağlık eğitimi yapmak gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetleri vermektedirler. Bu gibi hizmetler hekimler tarafından ek bir yük gibi görüldüğü için hekimlere bu

hizmetleri vermeleri için maddi teşvik uygulanmaktadır. Aile planlamasında da ağırlık GP'lerdedir. iş sağlığı ve çevre sağlığı ile ilgili konularda da GP'ler ayrıca görev alabilmektedirler. İngiltere'de GP'ler genellikle "Grup Pratiği" adı verilen 3 veya 4 kişiden oluşan gruplar halinde çalışmakta ve içinde hemşirelerin de bulunduğu bir ekip hizmetine yönelmektedirler(Serin, 2001; 151).

1.4.1.2. İsveç

İsveç Sağlık Sistemi bölgesel temele dayalı, kamu kaynaklarıyla işletilen ulusal bir sağlık sistemidir. İsveç sağlık sistemi başlangıcından beri kamu sektörü niteliğinde olmuştur. 1960'da hastane poliklinik hizmetlerinin tümünden yerel yönetimler sorumlu tutulmuş, ilçe hekimleri 1963 yılında, ambulans hizmetleri 1965 yılında yerel yönetimlere aktarılmıştır. 1980'li yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili tüm sorumluluklar yerel yönetimlere bırakılmıştır. Hizmetler, ikinci ve üçüncü basamak hastane bakımıyla poliklinik hizmetlerini; birinci basamak sağlık merkezlerini; ana ve çocuk sağlığı merkezlerini; hemşirelik, rehabilitasyon ve sürekli hastalıkların bakım hizmetlerini; ayakta ya da yatarak sunulan ruh hastalıkları hizmetlerini ve ziyaretçi hemşirelik hizmetlerini kapsamaktadır. Yüksek ihtisas ve teknolojik kolaylıklar bulunan bölgesel üniversite hastaneleri de buldukları il tarafından yönetilmektedir.

İsveç'te belediyeler değişik koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Bunlar arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, besin ve su denetimi, okul sağlığı hizmetleri sayılabilir. Ayrıca gelir azalması halinde öngörülen sosyal yardım hizmetleriyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin evde bakımı öngördüğü hastalardan da belediyeler sorumludur(Serin, 2001; 192).

1.4.1.3. Almanya

Almanya sağlık hizmeti bakımından dünyanın en iyi ülkelerinden birisidir. Nüfusun büyük çoğunluğu Sigortalar Yasasının II. Kitabını kapsamındadır, ancak durumları özellik gösteren madenciler, tarımda çalışanlar, işsizler gibi grupların durumu ayrıca düzenlenmiştir. Bu özellikler Alman sistemindeki karmaşıklığın temel

nedenidir. Alman sisteminde sandıkların bağımsızlığı ve sigorta kurumunun serbestçe seçilmesi söz konusudur. Liberal bir sosyalizasyon olarak kabul edilen Alman sisteminde işçi ve işveren kesiminin mesleki özellikleri, istekleri ve özgürlükleri de dikkate alındığından sisteme çoğulculuk egemendir(Çalış, 2006; 182).

Almanya'da tüm nüfus sosyal güvenlik şemsiyesi altındadır ve doktor hizmetleri ücretsiz ve sadece fizyoterapist, hastanede yatma, hastaneye transport gibi bazı hizmetler için halkın az miktarlarda ödeme yapması gerekmektedir. Almanya'da devlet; ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun bütün vatandaşlarının sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde eşit haklara sahip olduğunu kabul etmekte ve uygulamada da bu anlayışı gözetmektedir. Kişiler, ayaktan tanı ve tedavide doktorunu özgürce seçebilir, pratisyene ve uzmana doğrudan erişim olanağı vardır. Pratisyen ve uzman doktor sayısı arasındaki dengeyi sağlamak için, genç doktorlar pratisyenliğe özendirilir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri içinde, çocuklarda dört yıldan fazla izlem, erken tanı gibi koruyucu hekimlik hizmetleri üzerinde en çok durulan hizmetlerdir. Ayrıca pratisyenler acil tanı-tedavi, iş sağlığı, danışmanlık gibi toplum sağlığı hizmetlerini de yürütmektedir. Bu hizmetler bir ekip çalışması şeklinde sunulur, bir hekim sorumluluğunda çalışan bu ekipte ihtiyaca göre değişen sayıda hekim, diş hekimi, sağlık teknisyeni, laboratuvar ve dezenfeksiyon çalışanları yer almaktadır(Serin, 2001; 167).

Almanya'da genel pratisyenler veya pratisyen hekimler ilk planda birincil sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Genel pratisyenler genellikle tüm aileyi muayene ettiklerinden kendilerine aile hekimi veya ev hekimi denilmektedir. Aile Hekimliği hizmetlerinin niteliğini arttırmak için 1994 başından itibaren hekimler genel pratisyenlik için 3 yıllık bir uzmanlık eğitimini bitirdikten sonra sigortayla anlaşabilmektedir. Uzman müdahalesi ya da özel tanı ve muayene yöntemleri gerektiren hastaları, genel pratisyen bir uzman veya hastaneye sevk edebilir(Çalış, 2006; 182).

Doktorların ücretleri konusunda gelenekselleşmiş olan hizmet başına ödeme sistemi kullanılmakta olup, 1996 Ocak ayından beri değişme ve yeniden yapılanma

sürecini yaşamaktadır (Özdemir, Ocaktan, Akdur, 2003: 212).

1.4.1.4. Finlandiya

Finlandiya’da yerel yönetimler her tür sağlık hizmetinden sorumludur, sağlık ocaklarını oluşturur ve yürütürler, hastane hizmetlerini bölge’lerden alırlar. Özel sektörün sağlık alanındaki katılımı çok kısıtlıdır. Özel hizmet sunumunda önce fizyoterapistler akla gelir; 2-3 kişinin bir araya gelerek oluşturduğu 1,450 birimle özel hizmet sunarlar. Özel hekim muayenehaneleri azdır, çoğu tek hekimden oluşan 1,000 dolayında birim vardır. Özel hastaneler toplam hizmetin %3-4’ünü üretir. Sağlık giderlerinin 1999’da %43’ü yerel yönetimlerce (1990’da%35), %18’i devletçe (1990’da %36), %15’i Ulusal Sağlık Sigortası’nca (1990’da %11), %24’ü özel olarak (1990’da %18), karşılanmaktadır. Yerel yönetimler bütçelerinin yarısını vergiden, yarısını işletmelerden ve merkez bütçeden karşılarlar. Yerel yönetimler toplumdaki ortalama gelirin %17.5’i kadar vergi alır. Tüm gelirinin yaklaşık %25’ini sağlık, %25’ini sosyal güvenlik harcamalarına ayırır. Bireysel katkılar az da olsa istenir. Bazı komünlerde (yerel yönetimlerin sorumlu olduğu toplum) yılda kişi başına 20 avro ödenir. Bazısında ise başvuru başına 10 avro alınır, üçüncü başvurudan sonra ücret alınmaz. 15 yaş altı için hizmet tümüyle ücretsizdir. Hastane yatışlarında 18 yaş altı yılda 7 günden uzun kalırsa ücret ödemez. Hastaneye başvuruda 20 avro, yatış için günde 23 avro, yatış üç günden uzun sürerse ek olarak günde 25 avro alınır. Gündüz cerrahisi için en çok 67 avro ödenir. Reçete başına 8 avro kişi tarafından, üstünün % 50’si Ulusal Sağlık Sigortasından ödenir. En yüksek yıllık ödeme 580 avro ile sınırlıdır. Süregen hastalıklarda reçetenin % 75-100’ü Ulusal Sağlık Sigortasından sağlanır. Yatan hasta ilaç ücreti ödemez. Ortez ve protezler tümüyle ücretsizdir. Sağlık Ocağına randevusuz gelenler acil bölüme alınır, 10 avro ödeme yapar ve birkaç saat bekletilirler. Bazı komünlerde fizyoterapinin her seansı için 6 avro alınır. Ödeme koşulları genellikle yukarıda yazılı kurallara uymaz, kişilerin ödeme yapmaksızın hizmet almaları için çaba gösterilir(Aksakoğlu, 2007; 24).

1.4.1.5. Danimarka

Danimarka’da hizmet alımında bireyler iki seçeneğe sahiptir; Grup 1: 10 km çapında (Kopenhag için 5 km) bir Aile Hekimi seçmek zorundadır, çocuklar için de bağımsız olarak geçerlidir, ödemeler vergi aracılığıyla yapılır. Grup 2: İsteddiği hekim ve hastaneye gidebilirler (Toplumun %1.7’si), ödemelerini cepten yaparlar, yatarak hizmet ücretsizdir.

Aile Hekimi ödemelerinin 1/3-1/2’si kişi başına, kalanı hizmet başına yapılır. Hizmet alımı ücretsizdir, ilaçta ve fizyoterapide katkı payı alınır. İlaç hastanede ücretsizdir. Reçetede 7 avrodan sonra subvansiyon başlar, 400 avro/yıl olunca %100’ü subvanse edilir. Gözlük ödemeleri cepten karşılanır. İşıitme aygıtları ücretsizdir, ancak bekleme süresi uzun olduğundan genellikle satın alınır (Aksakoğlu, 2007; 27).

1.4.1.6. Polonya

Polonya’da 1996 yılında uygulanmaya başlayan aile hekimliğinde, doktorlara ödeme kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Ailelerin doğan çocukları otomatik olarak doktorun listesine eklenir. Ancak aile doktorları kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek onların olurlarını istemektedir. Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dâhil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile doktorunun sevk etmesi halinde şehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan ücret talep edilmemektedir. Aile doktorları haftada 5 gün, saat 8:00 ile 18:00 arasında hizmet vermektedir(Korukluoğlu, 2004; 18).

1.4.1.7. Hollanda

Acil durumlar gibi bazı özel durumların dışında, hastalar dal uzmanı olan hekime gitmeden önce genel pratisyene başvurmak zorundadırlar. Bu yüzden genel pratisyen sağlık sisteminin girişinde yer almakta ve diğer hizmet sunucularına erişimi ve sevk sistemini yönetmektedir. Ulusal istatistiklere göre bir kişi ortalama yılda 4,5

kez genel pratisyene başvurmaktadır. Bir genel pratisyene düşen nüfus sayısı ortalama 2.300 ve hastalar sağlık sigortasında tanımlanan hizmetleri sağlayan herhangi bir aile doktorunu seçmekte özgürdürler(Korukluoğlu, 2004; 18).

1.4.2. Amerika Birleşik Devletleri

Toplam nüfusu 295 milyon olan Amerika Birleşik Devletleri (ABD), federal bir hükümet ve birbirinden bağımsız 52 eyaletten oluşur. Her eyaletin federal düzey dışında örgütlenmiş kendi sağlık örgütü bulunmaktadır. ABD sağlık sisteminde özel sağlık sigortaları %70'lik bir yeri kaplar ve tüm dünyada özel sağlık sigortalarının en yaygın yaşam alanı bulunduğu ülkedir. Ancak ABD vatandaşlarının %16'sı hiç bir sağlık sigortasına sahip değildir. Bu oran gelir düzeyi yüksek merkez kapitalist ülkeler içindeki en yüksek orandır. ABD'de kamuya bağlı sosyal sağlık sigortalarının oranı %24'tür. ABD'de sistemin çoğunlukla "özel" nitelikte sağlık sigortalarıyla işliyor olması hizmetin parası olanlara yani satın alabilecek güçte olanlara ulaştırılması anlamına da gelmektedir. Gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmakta yetersiz kalanlara yönelik olarak düzenlenen "devlet desteği" ise istenen düzeyde değildir. Özellikle etnik azınlıklar, siyahlar, yoksullar ve göçmenlerin sağlık düzeyi beyaz Amerikalılarla kıyaslandığında daha kötü durumdadır. Koruyucu hizmetlerse eyaletlerdeki halk sağlığı kurumları tarafından ve daha çok sigortası olmayan yoksullara yönelik olarak verilmektedir. Sigorta poliçesi bu tip hizmetleri kapsayanlar ise hizmeti kendi anlaşmalı kurumlarından almaktadır. ABD sağlık sisteminin en çok eleştiri alan bir başka yönü de sigorta poliçelerinin başta dış sağlığı olmak üzere önemli hizmetleri rutin olarak içermemesidir. ABD sağlık sisteminin bir başka özelliği ise topluma geniş bir yelpazede ve değişik poliçe seçenekleri içinde sağlık hizmeti sunmasıdır(Kılıç, 2007; 15).

ABD sağlık sisteminin kendine özgü karmaşık yapısı içinde hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle düzenli bir basamaklanma ve sevk zinciri yoktur. Tedavi edici hizmetler dışındaki birincil sağlık hizmetleri ayrı örgütler aracılığıyla ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir. Dolayısıyla ABD için birinci basamak diye adlandırabileceğimiz yapı, insanların hastalandıklarında gidebilecekleri özel hekim muayenehaneleri ve hastanelerden oluşmaktadır. Hastalar muayene oldukları

hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka doktora ya da bir üst basamağa başvurabilirler. Ancak bu uygulama hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı hekimler listesi ile sınırlıdır(Çalış, 2006; 173).

1.4.3. Küba

Küba’da sağlık sistemi tüm ülkede tek tiptir. Üç hiyerarşik yönetim ve hizmet düzeyi vardır.

1. Merkezde Sağlık Bakanlığı politika ve normları belirler, araştırmaları yürütür, bilgi toplar dağıtır.

2. İl düzeyinde sevk ve destek hizmeti sunar. Hastaneler, eğitim kurumları, kan bankaları vs.

3. Yerel düzey, kır sağlık evlerinde ve hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak hizmeti sunar.

Kırsal alanda 76 kişi bir poliklinikte görev yapmakta, tüm temel uzmanlık dallarında hizmet verilmekte, kronik hastaların ve yaşlıların bakımları evlerinde aile hekimlerince yapılmaktadır(Pekcan, Uğurluoğlu, 2001; 841)

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET KALİTESİVE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı ve Amacı

Sağlık hizmetleri; özellikle sağlık personeli tarafından yürütülen ve insan sağlığına zarar veren faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetleridir (Özkara, 2006: 5). 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamıştır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir”(Karabulut, Yapraklı, 2001: 118).

İster tedavi şeklinde olsun, ister hastalığı önleme şeklinde yürütülsün sağlık hizmetlerinin amacı aynıdır: İnsanların sağlıklı ömrünü uzatmak. Böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımı, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle ülke çapında ele alınabilmektedir (Bulutoğlu, 1988: 251).

2.2. Sağlık Hizmetinin Özellikleri ve Diğer Hizmetlerden Ayıran Özellikleri

Sağlık hizmetleri gelişme sürecindeki ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha büyük önem taşımaktadır. Özel öneme sahip kamu harcamaları içerisinde sağlık hizmetleri çok boyutlu ve bütünlük bir görevler zinciridir. Bu nedenle bir ülkenin kalkınma ve refahının yükseltilmesinde “araç” ve “amaç” olma özelliğini taşıyan sağlık hizmetleri önemli etken olmaktadır (Yeğınboy, Yeğınboy, 1993:93).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi, yani toplumun sağlık statüsünde arzulanın değişiklikleri yaratabilmesi için bir takım özelliklere sahip olması gereklidir. Üretilen ve sunulan sağlık hizmetlerinin bu özelliklerden herhangi birini taşınamaması durumunda toplum ve birey sağlığı üzerinde arzulanın etkileri yaratamayacağı söylenebilir. Etkili sağlık hizmetinin özellikleri şunlardır (Kavuncubaşı, 2000: 64-67)

2.2.1.1. Kolay Kullanılabilirlik (Accessibility):

Kolay kullanılabilirlik hem hizmetten yararlananlar hem de hizmet sunucuları açısından incelenebilir. Hizmetten yararlananlar (toplum) açısından kolay kullanılabilirlik, “bireylerin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi” olarak tanımlanabilir. Hizmet sunanlar bakımından ise kolay kullanılabilirlik, “hizmet sunan kişilerin (sağlık profesyonelleri) ihtiyaç duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolay ulaşabilmesi” anlamına gelir.

2.2.1.2. Kalite (Quality):

Sağlık hizmetlerinde kalite hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir.

2.2.1.3. Süreklilik (Continuity):

Sağlık hizmetleri yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği sağlık hizmetlerinin entegre olması ile başarılabilir.

2.2.1.4. Verimlilik (Efficiency):

Verimlilik sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların ussal kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları artırılır.

2.2.2. Sağlık Hizmetini Diğer Hizmetlerden Ayıran Özellikler

Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal hizmet niteliği taşımaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetler tüketimleri neticesinde topluma yoğun dışsal faydalar sağlarken, kişilere de ayrıca özel faydalar sağlayan mal ve hizmetlerdir (şener, 2001: 59).

Yarı kamusal mal ve hizmetlerin toplum açısından taşıdığı önem, toplumsal faydası ve yeterince üretilemezlerse yaratacakları toplumsal maliyetler, piyasa yanında devletin de üretimde bulunmasına neden olur (Akdoğan, 1989: 46).

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerini bilmek gerekir. Bu özellikleri kısaca söyle ağıklayabiliriz (Odabaşı, 2004: 28-29).

2.2.2.1. Tüketicinin Bilgi Yetersizliği ve Uzmanın Gücü

Tüketicinin bilgi yetersizliği ve uzmanın gücü önemli bir özelliktir, bireyin alacağı sağlık hizmeti ile ilgili yeterince bilgili olması, her geçen gün daha karmaşık bir yapıya bürünen tıp bilimi düşünöldüğünde, sağlık hizmeti veren ekibin bilgi ve tecrübesi arttıka, zorlaşmaktadır. Birey sağlık hizmeti alırken girdiği risk ve elde edebileceği fayda açısından bilgilendirilmeye her geçen gün daha muhtaç hale gelmektedir.

2.2.2.2. Tüketicilerin Akılcı Olmayan Davranışları

Tüketicilerin akılcı olmayan davranışları bir diğer özelliğidir. Bireyler hasta olmalarına rağmen sağlık hizmeti talep etmeyebilirler, akıl hastaları, farkında olmama durumu ve acil durumlarda tercih edememe ve hatta talep edememe gerçeği bu özelliğe örnektir.

2.2.2.3. Tıp Mesleğinin Kuralları

Tıp mesleğinin kuralları sağlık hizmetinin özelliklerindedir. Sağlık hizmeti sunanların üzerinde oluşan kontrol süreçleri (Ahlaki sosyal standartlar, rekabet, sigorta şirketlerinin denetimi, toplumsal eğitim düzeyinin artması gibi) hastanın memnun kalmasını sağlayacak davranış biçimini geliştirmektedir.

2.2.2.4. Ürün ve Kalite Belirsizliği.

Bu belirsizlik, hizmetin getireceği doyumu, etkileyen birçok kontrol edilemeyen faktöre de bağlıdır. Sağlık hizmetini talep edenler, hastalık hakkında çok fazla bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, riski azaltıp yanılıklarını en aza indirmek için basta doktor olmak üzere sağlık personeline güven duymak durumundadır (Günel, 2007: 9).

Dış etkenlerden salgın hastalık gibi durumlarda, hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Salgın hastalıklarda olduğu gibi diğer çevreye zararlı etkiler fiziksel dış etkenler grubuna girer. Eğer salgın hastalık bireysel olarak tedavi edilmezse toplumun riski artmaktadır. Şu an sağlık hizmetine ihtiyacı olmasa da koruyucu sağlık hizmeti planlanmalı ve maliyet olarak her birey hesaba katılmalıdır.

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Piyasası

Bir malın veya hizmetin alıcı ve satıcısının buldukları yere verilen isim piyasadır, para vererek mal ve hizmet talebinde bulunan alıcılar ile, para karşılığı mal

ve hizmet sunan satıcılar birbirleriyle burada karşılaşırlar. Piyasalar gerçek ve mali olmak üzere ikiye ayrılır, sağlık piyasası gerçek bir piyasadır. Piyasada fiyat ve miktarlar alıcı ve satıcıların değişmeye razı olacakları noktaya gelene dek sürekli değişim halindedirler. Sonuçta arz talebe eşitlendiğinde dengeye ulaşılır (Taşkıran Mohammad, 2007: 69).

Sağlık piyasasının çalışması diğer mal ve hizmet piyasalarından farklıdır. Arz ve talep arasında geleneksel anlamda bir etkileşme olmaz. Sağlıkta hizmeti sunan piyasa üzerinde daha çok etkilidir. Sağlık piyasasının işleyişi özetle aşağıdaki gibidir:

- Faturalamada gerekli maliyet verilerinin işlenmesine gerek duyulmadığı için maliyetler hakkında rutin olarak yararlı bilgi üretilemez.
- Sağlık hizmeti sunanlar maliyet hakkında yetersiz bilgi sahibidirler ve bu bilgiyi yönlendirmek ve işlemek konusunda sorumlu değildirler, bazen de bu konudaki çabalar hoş karşılanmaz.
- Farklı tedavilerin nispi maliyet etkileri hakkında çok az şey bilinse dahi, genel profesyonel işbirliği oluşmadan hekimler bu bilgiyi kullanmaktan kaçınırlar. Sağlık hizmeti diğer mallardan farklı mıdır? Kıtık kapsamı içinde farklı olmasa da, farklılık gösterdiği bazı durumlar da vardır:
- Sağlık hizmeti bir mal olarak hem tüketim (sağlıklı insan mutludur), hem de yatırım (sağlıklı insan daha fazla üretir) unsurudur.
- Sağlık hizmetinin maliyeti gelire bağlı olarak yüksek olabilir ve sağlıklı olmamak gelir elde etme kapasitesini etkileyebilir.
- Hastalar sağlık hizmeti üretimine ve tüketimine doğrudan katkıda bulunabilirler.

- Sağlık bakımı tüketme ya da tüketmeme kararı geriye dönüşü olmayan sonuçlar yaratabilir (ölüm/kalıcı sakatlık) (<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3065.doc>)

2.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Piyasasının Özellikleri

Sağlık hizmetleri piyasasının yapı ve işleyişi açısından diğer mal ve hizmet piyasaları arasındaki farklılıkları yukarıda açıkladık. En önemli özelliklerden biri kişinin hizmet alımı ile ilgili seçim hakkının sınırlı olmasıdır. Hizmeti sunan genelde hekimler olup hasta için yararlı olacak mal ve hizmet çeşitlerini kararlaştırırken maliyet, fiyat, gelir gibi ekonomik ögelere değil, tıp biliminin olanaklarını ve kullanılabilir araçlarını dikkate almaktadırlar. Hekimlerin gözünde hizmet alanların maddi güçleri o kadar önemli değildir. Bu piyasada tüketiciler (hastalar) vazgeçme, pazarlık etme,erteleme ve ikame etme gibi özgürlüklere sahip değildirler. Burada hasta hekime tam olarak bağımlıdır(Özkara, 2006: 19). Oysa diğer piyasalarda her türlü reklam ve tanıtıma karşın alıcının bağımlılığı sınırlıdır (Smith, 1993: 9). Sağlıkın bir başka özelliği ise onun pazarda alınır satılır ticari bir mal olmamasıdır. Sağlıkın sadece kullanım değeri vardır.

Sağlığın ve sağlık hizmetlerinin özelliği gereği piyasa şartları hemen oluşamaz.

Bu özellikleri tekrar edersek,

- Hizmet talep edenler tam olarak bilgili değildirler,
- Kesin bir hizmet talebi yoktur.
- Tekelciliğin oluşması toplum yararına olabilir.
- Pazara giriş ve çıkışta kısıtlamalar olabilir.
- Dışsallık olabilir, hatta olması amaçlanır.
- Kamunun bazı sağlık hizmetleri sunması gerekebilir.
- Devletin bu piyasada varlığı gereklidir.

Ekonomik verimlilik ancak tam olarak çalışan Pazar şartlarında mümkün olsa da, sağlık hizmetleri piyasasında bir çok sektörün pazarında da olduğu gibi, mümkün olamamakta, hatta sağlık hizmetleri piyasasında hemen hemen imkansız olmaktadır(Hayran, Sur, 1996:136,137)

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz

Sağlık hizmetlerinde arz denince, sağlık personelinin sayısı ve sağlık birimlerinin hizmet kapasiteleri akla gelmelidir. Sınırları bu iki temel gösterge ile çizilmiş olan sağlık hizmeti arzı girdilerinin arzı ve bu arzı etkileyen faktörlerle beraber incelenmelidir (Tokat, Kısaer, 1991: 17). Bu piyasada yaratılacak olan her çeşit arz, hastalar tarafından talebini yaratacaktır (Serin, Çakıcı, 1990: 18).

Sağlık hizmetleri arzının ilk unsuru, sağlık personeli arzıdır (Grossman, 1982, s.191–192).Sağlık hizmetlerinde arzın ilk girdisi olan sağlık personeli arzının kaynağı sağlık eğitimi veren okullardır (Grossman, 1982: 191–192). Sağlık eğitimi veren okulların kapasiteleri ile doğru orantılı olarak sağlık personeli sayısı kısa ve uzun vadede değişebilir. Ancak bu değişiklik kısa vadede personel ücretlerini etkileyecek düzeyde gerçekleşmez.

Sağlık hizmetleri arzının ikinci unsuru, sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmet kapasitesidir (Klarman, 1970: 105). Sağlık hizmetleri kapasitesi kısa dönemde sabittir. Uzun dönemde ise hizmet kapasitesi artışı ve teknolojik değişim mümkün olduğu için sağlık hizmeti arzını pozitif yönde etkileyecektir (Leftwich, Sharp, 1974: 169).

Sağlık hizmetleri arzında üçüncü unsur olan etkinlik, klinik etkinlik ve ekonomik etkinlik olmak üzere iki başlık altında incelenebilir (Maynard, Anne, 1980: 28–30). Bir hastalığın tedavisinde, en etkin tıbbi yöntemin kullanılması ile ilgili tıp otoriteleri arasında, önemli fikir ayrılıkları olduğu için, klinik etkinliğe ulaşmak zordur. Tıbbi hedefe ulaşmak kaydıyla, uygulanan koruma veya tedavi yönteminin, en düşük maliyetli yöntem olması ekonomik etkinlik olarak bilinir ve

hekimlerin klinik özgürlük hakkını kullanarak hastasını tedavi ederken maliyetleri göz ardı etmesi ekonomik etkinliği güçleştirir(Özkara, 2006: 20).

2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Talep

İktisatta talep denildiğinde, “belirli bir malın piyasasında, belirli bir zamanda, öteki faktörler değişmemek kaydıyla, çeşitli fiyatlardan tüketicilerin söz konusu maldan satın almak istedikleri miktar” kastedilmektedir (Dinler, 1998: 44). Bu tip bir tanımın, sağlık hizmetleri için kullanılması uygunsuzdur. Çünkü bireyler maddi güçlerinden bağımsız olarak, var olan toplumsal organizasyonlar aracılığıyla (genel sağlık sigortası, yeşil kart) ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini talep edebilirler. Günümüz refah devleti anlayışı, sağlık hizmetlerini, temel bireysel hak olarak görmektedir, Bu nedenle hasta bireyler gelir düzeylerinden bağımsız olarak sağlık hizmetleri talep etme hakkına sahiptir (Leftwich, Sharp, 1974: 160) (Somers, 1973: 126–127).

Birey sağlığı ile ilgili en ufak sıkıntı içine girdiğinde sağlık hizmeti almak isteyecektir. Bu tür ihtiyaca, kişinin kendisi tarafından fark edildiği için “Hissedilen ihtiyaç” denir (Mills, Gilson, 1988: 7). Hissedilen ihtiyacın talebe dönüşmesi için bireyin algılayışı, toplum içindeki konumu, mesleği, yaşı, cinsiyeti, sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği, hizmetlerin elde edilebilirliği ve bireyin sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili görüşünün etkili olduğu bir durum söz konusudur. Tedavi edici sağlık hizmeti talebi, ancak ihtiyaç hissedildiğinde gerçekleşirken, koruyucu sağlık hizmetleri birey tarafından talep edilmese de medeni ülkelerde kamu tarafından arz edilir. Sağlık hizmetleri piyasasındaki talep, klasik mallardaki gibi düzenli ve kesikli olmaktan çok uzaktır. Hizmete talep ancak hastalık halinde (kesikli olarak) ortaya çıkar. İnsanların ne zaman, hangi düzeyde hastalanacağını önceden kestirme olanağı yoktur (Mortan, Tokgöz, 1984: 11).

Sağlık hizmetleri talebi, hizmetin değerine duyarlı değildir. Fiyatındaki düşmesi veya yükselmesi talebi değiştirmez. Teknik bir deyişle, sağlık hizmetleri talebi fiyat elastikiyeti düşüktür (Klarman, 1970: 24–25). Fiyatların yükselmesi ile

hizmete olan talebin azalması, fiyatların düşmesi ile talebin artması gibi piyasaya özgü isleyiş sağlık hizmetlerinin doğasına uygun düşmemektedir (Yıldız, 1996: 84).

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Özellikle günümüz sağlık piyasasında rekabet söz konusudur. Sağlık hizmeti veren kamu kurumlarında personelin performansa dayalı ücretlendirilmesi, özel kurumların Sosyal Güvenlik Kurumu ile olan sözleşmesi gereği ücretlendirilmeleri, hastalardan alınan katkı paylarını yüksek olması sebebiyle verilen hizmetin kalitesi son günlerde sağlık piyasasında her geçen gün daha önemli olmuştur. Kalite Türk Standartlar Enstitüsü ISO 9000 kalite sözlüğüne göre, “bir ürün yada hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı” olarak ifade edilmektedir ve bir bütün olarak her şeyi içine alan bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Peşkiroğlu, 1994: 27-28).

Kalite çok farklı şekillerde ifade edilebilir, beklenen ve algılanan kalite hizmeti alanın memnuniyetinin ifadesinde kullanılabilen terimlerdir. Gerçek kalite müşterinin algıladığı ile beklentinin bulunduğu, tatminin sağlandığı durumdur. Müşterinin beklentisinin karşılanması algılananın gerçeğe dönüşmesi olduğuna göre. Kalite ihtiyaçların karşılanma derecesidir diyebiliriz (Biçkes, 2000: 20)

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı

Söz konusu sağlık olunca verilen hizmeti bir mal olarak nitelendirmek doğru olmaz, öte yandan sağlıkta kalite kavramı son günlerde yarattığı faydalarla herkesin aradığı anahtar olmuştur. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ne olduğunu açıklamak ve standartlar oluşturmak ise tahmin edildiğinden daha zordur (Fahey. Ryan, 1992: 75). Sağlık ve kalite araştırmalarında hastanın beklentisi, algılaması ve istekleri doğrultusunda hareket edilir, hasta hizmetin verildiği çevre ve sağlık hizmeti veren personelin davranışları ile ilgili değerlendirmeler yapılabilir, halbuki verilen hizmetin hastayı ne oranda iyileştirdiği, kullanılan teknoloji, kaynakların verimli kullanılması ve hizmetin sonunda oluşan bireysel ve toplumsal iyilik hali kalite açısından göz ardı edilmemelidir. Kalite, çoğu kez, hastaların istek ve gereksinimlerini, hastane

kaynaklarını verimli bir şekilde kullanarak ve en az bir tüketim gerçekleştirmek olarak tanımlanır (Holthof, 1991: 32).

Kalitenin bir kısmını, “teşhis ve tedavi hizmetlerin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını”; diğer bir kısmı ise, “verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamaını içermektedir (Kavuncubaşı, 2000: 270). Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması , hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Hayran, Sur, 1997: 121).

Diğer bir sağlık kalitesi tanımı, uygulamaların kabul edilmiş prensip ve standartlarla hastanın ihtiyaçlarına uygunluk ve uygun kaynak kullanımıyla ulaşılabilir sonuçlara erişme derecesi olarak da tanımlanmaktadır (Slee, 1991: 9).

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı, “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” olarak tanımlanabilir (Zorlutuna, 1987: 85). Kalite kavramı günümüzde her konuda dile getirilmekte, sağlıkta kalitede vatandaşın hakkı olarak her geçen gün daha ön plana getirilmektedir. Sağlık hizmetinin koruyucu, birinci, ikinci ve üçüncü basamak ile bir bütün olduğu düşünüldüğünde, vatandaşın ihtiyacı ve beklentisi kaliteyi anahtar haline getirmiştir.

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Günümüzde sağlıkta kalite tercih edilebilmekten çok zorunluluk olmuştur. Sağlık dışındaki alanlarda hata yapma ihtimali telafi edilebilir bir durum iken sağlıkta hata hizmeti alanların yaşam haklarının ellerinden gitmesi ile sonuçlanabilecek telafisi mümkün olmayan zararlar doğuracaktır.

Sağlık dışındaki alanlarda oluşabilecek bir hata basit bir özür ile telafi etmek mümkün iken insan sağlığı söz konusu olunca, sağlıkta kalite zorunluluğunun nedenleri ortaya çıkmaktadır.

İşte bu nedenler sağlık hizmetlerinde kalitenin özellikleri olarak algılanabilir. En önemli özellik dünyada en değerli varlık olan insanın sahip olduğu en değerli varlığının sağlığı olması ve başına gelebilecek en ufak istenmeyen hatanın telafi edilemez olması, sağlık hizmetinin karşılıklı hasta ve hizmeti veren profesyonelin bir araya gelmesi ile gerçekleşmesi ve hasta insanların kendi sağlık durumları ile ilgili endişeli olmalarıdır (Tanrıkulu, 2004: 79).

Sağlık hizmetlerinde kalite hizmeti alanın beğenisi ve kabulü ile ilgili olduğu kadar verilen hizmetin bilimsel ve standartlara uygun olmasıyla da ilgilidir. Bu sebeple aşağıda bahsedeceğim özellikler önemlidir (Kavuncubaşı, 2000: 66).

Hizmeti veren profesyonellerin mesleki yeterliliği sürekli güncellenen, bilimsel olan uygulamaların varlığıyla kendini gösterir. Kalitenin olmazsa olmaz özelliklerinden biride profesyonel, bilinçli, sürekli eğitime açık ve becerikli personelin işe alınmasıdır.

Bir az önce bahsettiğimiz özellikte olan personelin hizmeti sunum şeklinin hastaların beklentilerine, değerlerine ve doğrularına uyumlu olması gerekir. Yeterli bilgilendirme, güven vermek ve nazik davranmak hastanın aldığı hizmeti kabul edilebilir kılar. Profesyonellerin verdiği hizmetin meslek örgütlerince ve kalite kurumlarınca belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.

2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Sağlık hizmetinin tanımını, kaliteninin tanımını ve özelliklerini belirttikten sonra kaliteyi daha belirgin hale getirmek amacıyla bileşenlerine ayırmak, yani kalitenin kriterlerini oluşturmak, daha farklı bir deyişle boyutlarını belirlemek verdiğimiz hizmetin ne şekilde algılandığını ve ne tür beklentilerle kabul edildiğini görmemizi kolaylaştıracaktır (Günel, 2007: 25).

Zeithaml ve arkadaşları hizmet kalitesinin boyutlarını kaliteyi ölçebilmek amacıyla belirlemiş, 10 adet boyut üzerinde yoğunlaşmışlardır (Seyran, 2004: 39).

1. Maddi varlıklar (Tangibles): Hizmetin verildiği ortam, kullanılan malzeme, ekipman ve hizmet veren personelin dış görünümü

2. Güvenilirlik (Reliability) : Verilen hizmetin her safhası ile ilgili doğruluk Tutulamayacak sözün verilmemesi, hizmetin zamanında eksiksiz verilmesi

3. Karşılık verebilme (Responsiveness): İlgili olabilmek, daima yardıma hazır olmak, hızlı ve gayretli olabilmek

4. Yetkin olabilmek (Competence) : Hizmeti veren profesyonellerin yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olması

5. Nezaket (Courtesy) : Hizmeti alana hizmet verenlerin hizmetin herhangi bir aşamasında saygılı, özenli, kibar ve dost canlısı olabilmesi

6. İtibarlı olmak (Credibility) : Hizmet alanının algılayacağı ün, hizmet verenlerin bir bütün olarak hizmeti alanların algısında yaratacağı dürüstlük, olumlu imaj,

7. Güvenlik (security) : Hizmeti alanların özellerini ilgilendiren her konuda risk oluşturmamak, şüphe bırakmamak, doğru ellerde, güvende olma hissi yaratabilme,

8. Ulaşılabilirlik (Access) : Hizmetin alımında tüm aşamalarda herhangi bir aksaklığın olmaması, kesintisiz hizmet sağlayacak yeterli kaynak ve organizasyonun oluşturulması,

9. İletişim (Communication) : Hizmeti alana aldığı hizmeti anlayabileceği dilden özenle her aşamada anlatabilmek, bilgilendirmek

10. Hizmeti alanı anlamak (Understanding the customer) : Hastayı süreç içinde endişe içinde bırakmayıp istek, ihtiyaç ve problemlerini anlamak, hem temel sağlık hizmetini vermek bir yandanda hastanın iyileşme sürecinde onun endişelerini saygıyla karşılayıp, yardımcı olmak (Taşkiran Mohammad, 2007: 34).

2.4.3.1. Servqual Analiz Yöntemi

Zeithaml, Parasurman ve Berry hizmet kalitesinin çeşitli boyutlarını kaliteyi ölçebilmek amacıyla belirlemişler ve hizmet kalitesini ölçmek amacıyla 1983 – 1990 arasında Amerika Birleşik Devletlerinde servqual analiz yöntemini geliştirmişlerdir. Hizmet kalitesi ile ilgili en çok eleştirilen ve en kapsamlı çalışmalardan biridir. Hizmet verilen çok farklı sahalarda kolaylıkla konuya göre özelleştirilebilen yaygın kullanımı olan bir yöntemdir(Sarıkaya, 2004: 124).

Servqual hizmet kalitesi boyutları olarak da anılan ve bu grubun özellikle üzerinde durduğu 5 temel hizmet kalite boyutu şunlardır; Güvenirlilik (reliability), ilgi-yardım- tepki (karşılık) verebilmek (responsiveness), güvence-yetkinlik (assurance), yakınlık-empati (empathy) ve somut (tangibles) varlıklar. Bu 5 temel boyut servqual hizmet kalitesi boyutları olarak da anılırlar(Uyguç, 1998; 33).

Servqual hizmet kalitesi ölçeği hastaların beklentileri ve performans algılamalarının karşılaştırılmasına dayanan ve güvenilirlik, iletişim, somut varlıklar, yetkinlik ve empati kalite boyutlarına dayanan bir ölçektir. Hastanın hizmet beklentisi iletişim ile diğer insanlardan duyduğu deneyimlerden, hastanın kendi gereksinimlerinden ve geçmişinde ki kendi deneyimlerinden kaynaklanmaktadır. Hastanın bir sağlık kuruluşunu tercih etmesinin altında konuyla ilgili çevresiyle iletişim kurması, sağlık kurumunun var olan imajı ve kişisel deneyimleri etkili olur (Odabaşı, 2004: 138).

Servqual analiz yönteminde iki temel bölüm vardır. İlk bölümü, hizmeti alan hastanın hizmet hakkında çevreden duyduklarından, bireysel gereksinimlerinden ve deneyimlerinden kaynaklanan, sağlık hizmeti veren kurumdan beklediği hizmeti

oluşturmaktadır. Algılanan hizmet ise, hastanın hizmeti aldıktan sonra o hizmete ait gerçek durumu değerlendirmesi ile oluşur.

Yöntemin ikinci bölümü, hizmeti veren kurumun bulunduğu bölümdür. Bu bölümde; yönetimin hasta, müşteri beklentilerine ait algılamaları, bu algılamaların kalite tanımlamalarına dönüştürülmesi ve hizmetin sunumu ve hastalarla doğrudan olmayan iletişim mevcuttur. İkinci bölüm hizmeti veren kuruluşun, hizmet konusunda yaptıkları faaliyetleri kapsamakta ve hizmetin kalitesini etkileyebilecek dört boşluk burada oluşmaktadır. Beşinci boşluk ise, beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasında oluşur İlk dört boşluğun büyüme veya tam tersi ilk dört boşluğun azalması ile beşinci boşluk azalmaktadır. Boşluktaki azalma hizmetin tüketiciyi tatmin etmesini yani yüksek kaliteyi, büyüme ise tatminin azalmasını ve hizmetin kalitesinin azalmasını ifade etmektedir(Seyran, 2004: 39).

Boşlukların tanımı aşağıda verilmiştir(Zaim, Tarım, Lonial ve Kara, 2005: 5-20)

1.Boşluk; Müşteri beklentileri ve yönetimin müşteri beklentilerini algılaması arasındaki boşluk, hastaların ihtiyaç, istek ve beklentilerinin, hizmeti sunanlar tarafından yeterince anlaşılabilmesi durumunda ortaya çıkar. Yönetimler düzenli olarak hasta beklentilerini araştırmalıdır.

2.Boşluk; Yönetimin müşteri beklentilerini algılaması ile hizmet kalitesi tanımlamaları arasındaki boşluk, eğer yönetim sistemli ve sürekli olarak araştırdığı beklentileri doğru algılayıp yeni düzenlemelere gitmez ise ortaya çıkar ve derinleşir.

3.Boşluk; Hizmet kalitesi tanımlamaları ile hizmetin sunumu arasındaki boşluk, hasta beklentileri değerlendirilip, hizmet standartlarını oluşturamazsa ortaya çıkar.

4.Boşluk; Hizmetin sunumu ile dışsal iletişimler arasındaki boşluk, sağlık hizmeti veren kurumun hastalarına verdiği vaatler, bilgiler ve mesajların verilen hizmetle uyumsuz olduğu durumlarda ortaya çıkar.

5.Boşluk; Beklenen Hizmet-Algılanan Hizmet Boşluğu dört uçurumun sonucunda oluşmakta, beklenen hizmet kalitesi ile gerçekleşen hizmet performansı arasında ortaya çıkmaktadır(Berry, Zeithaml ve Parasuman, 1985: 41-50).

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri-Hasta Memnuniyeti

Çağdaş toplumlar iş bölümü ve uzmanlaşma temeline uygun bir biçimde örgütlenmektedirler. Toplumunu oluşturan bireylerin özel ve kamusal gereksinimleri ya doğrudan piyasadan ya da devletin ürettiği hizmet yada mamüller ile karşılanır. Toplum tercihleri ile ilgili olan mamül ve hizmetlerin üretimi siyasal tercihler ile devlete aktarılır. Bu tür üretimler kamu görevi olarak siyasal istem ile karşılanır (Yeğinboy, 1993: 96). Böylece müşteri hasta memnuniyeti kişisel, kamusal ve siyasal önem içermektedir.

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri-Hasta Memnuniyeti Kavramı

Sağlık hizmeti alan kişiye hasta veya müşteri demek, bu kişinin aldığı hizmetin niteliğini değiştirecek ve olumlu etkisi olacaksa, etik kaygılar bir kenara itilmelidir. Sağlık yönetiminde tepki gören “sağlık kuruluşlarına farklı sebeplerle gelen insanlara müşteri denmesi”, bir çok tartışmaya konu olmuş olsada genel olarak hizmet sektörünün bir parçası olan sağlık sektöründe hizmet alanın müşteri olarak görülmesi profesyonel iş ortamında doğal bir gerçektir (Hayran, Sur; 1998: 29).

Sağlık hizmeti veren kurumlar karmaşık yapılarıyla, müşterilerinin de karmaşık hale gelmesine sebep olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti veren kurumların müşterilerinin heterojen bir yapıya sahip olduğu gerçeği, tek müşterinin hastalar olduğu düşüncesini ortadan kaldırmıştır. Günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” müşteri olarak kabul edilmektedir (Devebakan, 2005: 38).

Günümüz yönetim yaklaşımında hizmet üreten meslek sahibi çalışanlar için davranış ve tutumlarının doğurduğu sorumluluk açısından 3 temel müşteri grubu vardır. Global müşteri olarak anılan grup çalışanların faaliyetlerinden dolayı olarak etkilenen kişilerdir. Bu gruba örnek toplumun kendisi ve içinde yer alan örgütlerdir.

Dış müşteri olarak anılan grup ise faaliyetlerimizden doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ve örgütlerdir (sigorta şirketleri). İç müşteri olarak anılanlar ise mesleki faaliyeti beraber yerine getirdiğimiz diğer örgüt üyeleridir (diğer hekim, hemşire) (Engiz, 1997: 61).

Sağlık hizmeti veren bir kurumda çalışan bir hekim hastası için istediği laboratuvar tetkik ile, biyokimya laboratuvarını, acil servis sevk ettiği hastası ile yoğun bakım servisini, muhasebe servisi faturaları göndermek suretiyle sigorta şirketini müşteri ilişkisi içine sokar.

Müşteri memnuniyeti hizmeti alınmadan evvel sahip olunan beklenti ile hizmet alımını takiben oluşan performans algısının arasında oluşan farkın değerlendirilmesidir. Memnuniyet düzeyi hizmetten beklenen fayda ile elde edilen faydanın oranlanmasıyla ölçülebilir (Ak, 2002: 62).

Başka bir yaklaşım ise müşteri memnuniyetinin beklenen kalite ile algılanan kalitenin bir fonksiyonu olduğudur. Hizmeti alan hasta beklentisi ile algıladığını karşılaştırıp memnuniyetine karar verebilmektedir (Williams, 1994: 510).

Müşteri memnuniyeti toplam kalite yönteminin temel taşlarından biridir. Kalite tanımlarının içeriğinde müşteri ve müşteri memnuniyeti yer alır (Efil, 1999: 89). Buna rağmen her müşteri özellikle sağlık sektöründe karmaşık yapısı sebebiyle memnun edilemeyebilir. Aşılama sırasında küçük bir çocuğu veya karantina uygulaması sırasında halkı memnun etmek zordur. Ancak toplum sağlığı tümüyle göz önüne alındığında genel memnuniyeti sağlayacağı umut edilmelidir (Kuzhan, 2009: 67).

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetinin Önemi

Sağlık hizmeti veren kurumlar müşteri memnuniyetinin sağlanması için kaliteli hizmet vermeli, yüksek olan maliyetleri aşağı çekecek yöntemler geliştirmeli, hizmet sunum sürecinin süresini optimum seviyeye çekebilmeli, teşhis koyma ve tedavi yöntemini seçmede sıfır hatayı hedeflemeli, hastaya durumu hakkında yeterli

ve aydınlatıcı bilgi vermeli, mümkün olduğunca hastayı sağlığına kavuşturabilmeli, hastane sonrası yapması gerekenler hakkında hasta yeterince bilgilendirilip yönlendirmeli, müşterilerinin sağlık kuruluşundan memnun olarak ayrılmalarını sağlamalıdır (Topaloğlu, 2009: 39).

Müşterinin tatmin olması için hizmet alırken algıladığı performansın hizmet almadan evvel sahip olduğu beklentilerinden daha yüksek olması gerekir. Buradan varacağımız sonuç algı ve beklentinin memnuniyet açısından ne kadar belirleyici olduğudur. Beklentilerin ve algılamanın müşterinin özelliklerine göre farklılık göstereceği bir gerçektir. Yaş, cinsiyet, toplumsal yapı, refah düzeyi, kişilik yapısı ve geçmişinde yaşadığı tecrübelerde algı ve beklentilerinde etkili olacaktır.

Hasta memnuniyetinin önemini dört başlık altında vurgulayabiliriz (Leobov, 1994: 38). Hastalar öncelikle insan oldukları için ve hizmet olarak en iyisini hak ettikleri için sağlık hizmeti veren kurumlar insancıl nedenlerle müşterilerinin endişelerine, gerilimli ruh hallerine saygılı olmalı, teknik ve bilimden sonuna kadar faydalanmalı, insan haklarına ve kanunlara saygılı hizmet vermelidir. Ekonomik nedenlerle sağlık hizmeti veren kurumların optimum şartlarda, hastalarına hizmet verip, onları ve sözleşmeli sigorta şirketlerini tatmin etmelidirler. Pazarlama nedenleri üçüncü sırada yer alır, tatmin olmuş bir hasta memnuniyetini unutmayacak ve tekrar hizmet almaya ihtiyaç duyduğunda aynı sağlık kurumunu tercih edecektir. Bu durum müşteri sadakati olarak ifade edilir. Müşteri memnuniyeti sağlandığında hasta sadakati gerçekleşir ve pazarlama maliyetleri azalır. Sadık hasta hem kolaylıkla elde tutulabilir hem de diğer potansiyel müşterilere tavsiye etmesi yoluyla yeni müşteriler kazanılır. Verilen hizmetin etkililiği bir diğer nedendir. Bir kez tatmin olan hasta hizmet veren profesyonellere daha çok güvenir ve güvenen hastanın tedavisi kolaylaşır, hasta uyumu sağlanmış olur.

2.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hastanın memnuniyetini etkileyen faktörler bir çok araştırmacı tarafından çalışılmış ve çok farklı faktörler elde edilmiştir. Çok boyutlu bir kavram olan hasta memnuniyeti ile ilgili tam bir görüş birliği sağlanamamıştır(Günel, 2007: 54).

Araştırmacılar Wolley hasta tatminini çıktılardan memnuniyet, hizmetlerde devamlılık (süreklilik), hasta beklentileri, doktor-hasta ilişkileri olmak üzere dört ana gruba ayırmıştır. Steiber ve Krowinski ise 11 ana başlık altında hasta tatminini etkileyen faktörleri sıralamıştır; Temizlik, ziyaretçi politikası, doktor bakımı, hemşire bakımı, oda hizmetleri, personel hizmetleri, genel bakım, giriş ve taburcu hizmetleri, park hizmetleri, beslenme hizmetleri ve bakım maliyeti (Steiber, Krowinski, 1990: 13). Pitzpatrick ise sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve bulunabilirliği, hasta, doktor ve personel ilişkisi, hasta bakım kalitesi mesleki beceri, bakımın örgütsel yönü, devamlılık hastanın kişilik yapısı değişkenlerinin incelenmesine ihtiyaç olduğunu belirtmiştir(Günel, 2007: 55).

Bu araştırmacılar dışında Jones ve arkadaşları, Carey ve Seibert, Foletti ve meslektaşları, Greenfield ve Attkisson isimli araştırmacılar da müşteri memnuniyetini etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Yukarıda bahsettiklerimiz ve geneli özetlemek gerekirse aşağıda yer alan faktörleri göz önüne almakta fayda vardır(Kavuncubaşı, 2000: 297-302).

a) Personel Hasta Etkileşimi

Hasta ve çalışanlar arasındaki etkileşimin, hastaların sağlık durumu ve verilen hizmetin etkililiği üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır. Hekim - hasta ilişkisi: Hekimlerin iletişim becerisi, hasta tatminini etkileyen en önemli faktördür. Hasta ve hekim arasında iyi bir iletişim kurulması durumunda hastalar hekimlerin önerilerine tamamen uymakta ve tedavilerine ara vermemektedirler. Yataklı tedavi kurumlarında, hastaların en fazla etkileşimde buldukları grup hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşirelerin davranışlarının hasta tatminine önemli etkisi bulunmaktadır.

b) Bilgilendirme

Hekimlerin hasta ve yakınlarını bilgilendirmesi, hastanın başından neler geçtiğini, ne kadar süre bu şekilde kalacağını, ne tür tedavi sürecinden geçeceğini öğrenmesini sağlayacak, verilen hizmetlerin etkililik düzeyini ve hasta tatminini

arttıracaktır. Bilgilendirme, aynı zamanda, temel hasta haklarından birisidir. Bilgilendirirken hastanın anlayabileceği bir dil kullanılmalıdır.

c) Bürokrasi

Hastanın kurumdan hizmet aldığı süre içinde karşılaştığı oyalayıcı işlemlerin ne kadar kısa sürdüğü ve az olduğu tatmin açısından önemlidir.

d) Beslenme Hizmetleri

Beslenme hizmeti alındığında, sunumun, yiyeceğin kalitesinin, lezzetinin müşteri tatmini açısından önemli olduğu unutulmamalıdır.

e) Fiziksel Koşullar

Sağlık hizmeti veren kurumların otopark, çevre düzenlemesi, temiz, bakımlı, iyi dekore edilmiş hizmet alanları, ısınma, soğutma, havalandırma gibi fiziksel koşullara çok dikkat etmeleri gerekir.

f) Ücret

Hastalar en kaliteli sağlık hizmetini en ucuza almaya meyillidirler, hele sosyal güvenceleri yoksa bu durum iyice önemli olacaktır(Simpson, 1991: 303).

g) Güven

Hastalar tüm faktörlerle beraber mahremiyetlerinin korunmasına saygı duyulması halinde güven duygusu ile beraber arzu edilen hasta sadakati oluşmaktadır(Donabedian, 1995: 67).

h) Hasta Bakım Kalitesi

Sağlık kurumunda görevli personelin her birinin mesleki becerileri ve yeterliği,hastanın hastanede kalış süresi,kurumun alanında yetkin olması, tedavi

sonucu oluşan kalıcı rahatsızlıklar, hastaya zamanında müdahale, ileri teknolojiye dayalı hizmet sunulması, hizmetlerin yaygınlığı, konsültasyon hizmetlerindeki hız, acil servisin yeterliliğı hasta memnuniyetini etkiler.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
İZMİR İLİNE BAĞLI BİR İLÇEDE İSMİ TARAFIMIZDAN BİLİNER ASM'İ
BÖLGESİNDE MÜŞTERİ BEKLENTİLERİ İLE ASM PERFORMANSI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TEST EDİLMESİNE YÖNELİK BİR
ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmada sağlık kuruluşlarının vermiş olduğu hizmet esnasında müşteri beklentileri ile ASM performansı arasındaki ilişkiyi test ederek hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetini ölçmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda İzmir iline bağlı bir ilçede ismi tarafımızdan bilinen bir ASM' i örneklem olarak seçilmiştir.

Araştırmanın başlıca amacı belirtilen bu ASM'deki verilen sağlık hizmetinin kalite düzeyinin ölçülmesidir. Bunun yanında aşağıdaki konular hakkında bulgular saptayarak çeşitli öneriler getirmektir.

Bir ASM için hastalar açısından en önemli ve en az önemli hizmet kalitesi boyutlarını saptayabilmek,

Kontrol değişkenleri olan hastaların mesleğini, yaşını, cinsiyetini ve tahsilini göz önüne alarak hizmet kalitesi boyutlarının değerlendirilmesini yapmak,

Elde edilen sonuçları olması gerekenle karşılaştırarak değerlendirmek ve organizasyonda kalitenin artırımı için teklifler sunmak.

Hizmet kalitesini ölçmeye yönelik tasarlanan ölçüm aracının geliştirilmesinde, önceki çalışmalardan ve literatür taramasından yararlanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada beklenen kalite ve ASM performansı ölçülmüştür. Araştırma 13 Nisan–23 Nisan 2009 tarihlerinde ilgili ASM bölgesinde evlerde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada söz konusu ASM'nin algılanan hizmet kalitesi düzeylerinin ölçülmesi

amaçlandığından, katılımcıların geçmişte en az bir kez ilgili ASM'nin hizmetlerinden yararlanmış olması koşulu aranmıştır.

3.3. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada ASM'nin algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde uygulanabilirliği ve bağımsız değişkenler açısından algılanan hizmet kalitesinin değişip değişmediği değerlendirmesi ve müşteri memnuniyetini etkileyip etkilemediğinin ölçülmesi istendiğinden, araştırmanın neden sonuç ilişkisi araştırılan modeline uygun olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada müşteri memnuniyetine ilişkin belirlenen bir ölçek ile müşterilerin ASM hizmetlerinden memnuniyet dereceleri belirlenmeye çalışılmıştır.

3.4. Araştırmanın Metodolojisi

Araştırmanın metodolojisi, araştırma ana kümesini, veri toplama yöntemini ve ankette kullanılan ölçeğin boyutlarını kapsamaktadır.

3.4.1. Araştırmanın Örneklem Yöntemi

Hastalar arasından basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak İzmir iline bağlı bir ilçede ismi tarafımızdan bilinen bir ASM bölgesinde 451 hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

Bahsi geçen ASM'i kapalı bir bölgeye hizmet veren bir merkezdir.

3.4.2. Verileri Toplama Araçları

Araştırmada hizmet kalitesini ölçen anket kullanılmıştır.

Ölçeğin birinci kısmında katılımcının demografik özelliklerini içeren sorular bulunmaktadır.

Ölçeğin ikinci kısmında ASM hizmetleriyle beklenen kaliteyi içeren toplam 30 beklenti maddesini 5’li likert ölçek üzerinden değerlendirmesi istenmektedir (Kesinlikle Katılmıyorum =1, Kesinlikle Katılıyorum=5).

Ölçeğin üçüncü kısmında, hastaların hizmet aldıkları ASM’nin hizmetlerine yönelik algılanan kalitenin değerlendirildiği 30 algı maddesi yer almakta ve yine hastalardan 5’li likert ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir (Kesinlikle Katılmıyorum =1, Kesinlikle Katılıyorum=5).

Ölçeğin dördüncü kısmında ise; hastaların gelecekte ihtiyaç olması durumunda aynı ASM’yi tercih edip etmemesi, ASM’yi tercih etme nedenleri ile ilgili ve bazı sorular yer almaktadır.

Beklenen kalite ve ASM’den algılanan kalite hizmet kalitesi ölçeğinde müşterilerin (hastaların) verdiği cevaplarla 5 boyut içerisinde değerlendirilmektedir.

Anket öncelikle 10 kişiye sesli okunmuş anlaşılmasında güçlük çekilen cümleler tekrar gözden geçirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin 5 boyutu aşağıdaki şekildedir:

Araştırmada Kullanılan Ölçeğin 5 Boyutu:

Fiziksel Özellikler: ASM’nin fiziki tesislerinin, malzemelerinin ve donanımının görünümü

Güvenilirlik: ASM’nin taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde sağlayabilme kabiliyeti

Heveslilik: ASM’nin hastalara yardım etme ve tam hizmet sağlama konusundaki istekliliği

Güven: ASM personelinin bilgi ve nezaketi ile emniyet ve güven telkin edebilme kabiliyeti

Empati: ASM'nin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat

Araştırma İzmir iline bağlı bir ilçede ismi tarafımızdan bilinen bir ASM bölgesinde ASM alanı dışında on gün süresince uygulanmıştır.

Basit tesadüfi örneklem yöntemine göre $\alpha=0,05$ ve $\pm 0,10$ düzeyinde örnekleme hataları için 451 olguya anket uygulamak gerekli iken 450 hastaya anket uygulanmıştır.

Tablo 1. Örneklem Kitlenin Cinsiyete Göre Dağılımı

CİNSİYET	MİKTAR	YÜZDE (%)
KADIN	237	52,5
ERKEK	214	47,5
TOPLAM	451	100,0

Ana kütleinin %47,5'ini erkekler ,%52,5'ini kadınlar oluşturmaktadır.

Tablo 2.Örnek Kitlenin Tahsile Göre Dağılımı

TAHSİL	MİKTAR	YÜZDE (%)
YÜKSEKÖĞRETİM	56	12,4
LİSE	111	24,6
İLKÖĞRETİM	203	45,0
OKUR YAZAR	52	11,5
OKUR YAZAR DEĞİL	29	6,4
TOPLAM	451	100,0

Ana kütleinin %12,4'ü üniversite, %24,6'sı lise %45,0'ı ilköğretim, %11,5'i okur yazar, %6,4'ü ise okur yazar değildir. Tablodan da anlaşılacağı üzere örnek kitlenin % 37'si lise ve yukarı tahsil seviyesindedir. Bu durumun anketin uygulandığı kişiler tarafından daha rahat anlaşılabilmesini ve anketin güvenilirliğini artırıcı etkileri beraberinde getirdiği düşünülmektedir.

Tablo 3. Örnek Kitlenin Yaş Durumuna Göre Dağılımı

YAŞ	MİKTAR	YÜZDE (%)
16-25 ARASI	96	21,3
26-35 ARASI	84	18,6
36-45 ARASI	109	24,2
46-55 ARASI	84	18,6
55 VE YUKARISI	78	17,3
TOPLAM	451	100,0

Yaş grupları tabloda görüldüğü gibi gruplandırılmıştır. Buna göre en az hasta 26-35 yaş grubundadır. En fazla 36-45 arasındaki yaş grubudur. Diğer yaş gruplarının ana kitle içindeki temsil edilme düzeyleri birbirine yakındır.

Tablo 4. Örnek Kitlenin Mesleğe Göre Dağılımı

MESLEK	MİKTAR	YÜZDE (%)
ESNAF VE ZANAATKÂR	46	10,2
İŞÇİ	94	20,8
ÖĞRENCİ	70	15,5
EMEKLİ	60	13,3
EV HANIMI	141	31,3
ÇİFTÇİ	25	5,5
DİĞER	15	3,3
TOPLAM	451	100,0

Ana kitlenin içinde en fazla ev hanımı (%31,3) 2 inci sırada ise işçi olanlar (%20,8) vardı.

3.4.3. Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan anket 2 bölümden oluşmaktadır. 1. bölümde katılımcının mükemmel bir hastaneden beklentilerinin tespiti, 2. bölümde ise katılımcının hizmet aldığı hastane ile ilgili algılarının tespitine çalışılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 (Statistical Program For Social Science) programı %95 güvenirlilik seviyesinde kullanılmıştır.

Araştırmada ölçeğin güvenilirliğini tespit etmek için güvenilirlik analizi ortalamalar arasındaki farklılığın anlamlılığı için işe 't'testi ve değişkenlerin analizi için tek yönlü varyans analizi (One Vay Anova) testleri kullanılmıştır.

3.4.4. Güvenirlilik Analizi

Güvenirlilik bir kavramın, özelliğin ya da nesnenin aynı yöntemi kullanmak suretiyle bağımsız fakat karşılaştırılabilir ölçümlerinin benzerliği anlamına gelir. Bu amaçla anketin güvenilirliğinin test etmek üzere güvenilirlik analizi uygulanmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirliğini ortaya koymak amacıyla Cronbach's Alpha Analizi ve İtem Total Correlations analizi yöntemleri kullanıldı.

Cronbach's Alpha analizi bir değişken skorunun tüm değişkenler içerişindeki payına, yani ölçeğin değerini ne kadar temsil ettiğine bakarak söz konusu grup değişkenin güvenilirliğini belirlemektedir. Buna göre;

0,00 ile 0,40 (Hariç)	: Ölçek güvenilir değil
0,40 ile 0,60 (Hariç)	: Düşük güvenirlilik
0,60 ile 0,80 (Hariç)	: Ölçek oldukça güvenilir
0,80 ile 1,00 (Hariç)	: Ölçek yüksek derecede güvenilir.

İtem total Correlations analizinde amaç bir grup değişken içinde ölçülmek istenen kavramı temsil etmeyen değişken veya değişkenleri tespit ederek çıkarılması amaçlanmıştır. Bu değişkenlerin çıkarılıp ölçek dışı bırakılması da ayrıca ölçeğin güvenilirliğini (alpha) daha da artıracaktır.

Tablo 5. Beklenti Ölçeği Güvenirlilik Katsayıları

BOYUT	Cronbach's Alpha
TÜM BOYUT	0,946
1.BOYUT	0,912
2.BOYUT	0,866
3. BOYUT	0,892
4. BOYUT	0,901
5. BOYUT	0,924

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi ölçeğin tamamının ve 1, 2, 3, 4 ve 5 inci boyutlarının yüksek derecede güvenilirliği olduğu tespit edildi. 2 inci boyutunun güvenilirliği en az olmasına rağmen yine de güvenilirliği iyi düzeydedir.

Tablo 6. Performans Kalite Ölçeği Güvenirlilik Katsayıları

BOYUT	Cronbach's Alpha
TÜM BOYUT	0,963
1.BOYUT	0,848
2.BOYUT	0,892
3. BOYUT	0,900
4. BOYUT	0,911
5. BOYUT	0,909

Buna göre performans ölçmeye yönelik olarak uygulanan anketin tamamının ve tüm boyutlarının güvenilirliği yüksek düzeyde çıkmıştır.

*Araştırmaya yönelik olarak skorumanın yapılması

Skor = Performans (P)- Beklenti (E)

Buna göre skorlar öncelikle sorular bazında hesaplanmış daha sonra da boyutlar bazında hesaplanmıştır. Bundan sonra da ölçeğin bağımsız değişkenleri esas alınarak (demografik değişkenler) puanlar hesaplanmıştır. Tüm müşterilere ait sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 7. Tüm Anketin Skorları

	PERFORMANS	BEKLENTİ	SKORLAMA
EŞİT AĞIRLIKLİ	3,0	4,0	-1,00

Tablo 8. Boyutlarının Ağırlık Oranları

BOYUT	AĞIRLIK ORANI (%)
1.BOYUT	19,2
2.BOYUT	20,7
3. BOYUT	20,4
4. BOYUT	18,7
5. BOYUT	21,0

Tablo 9. Tüm Sorular Bazında Skorlar

SORU	PERFORMANS (P)	BEKLENTİ (E)	SKOR
1	2,73	3,99	-1,26
2	2,73	3,91	-1,18
3	2,65	3,79	-1,14
4	3,40	3,88	-0,48
5	3,32	3,82	-0,50
6	2,99	3,84	-0,85
7	3,13	3,95	-0,82
8	3,13	4,01	-0,88
9	3,22	3,94	-0,72
10	3,16	3,94	-0,78
11	3,19	3,94	-0,75
12	3,05	3,82	-0,77
13	3,33	4,00	-0,67
14	3,25	3,96	-0,71
15	3,33	3,96	-0,63
16	3,39	3,93	-0,54
17	3,36	4,05	-0,69
18	3,05	3,93	-0,88
19	3,25	3,94	-0,69
20	3,19	3,98	-0,79
21	3,15	3,96	-0,81
22	3,13	3,92	-0,79
23	3,11	3,98	-0,87
24	2,91	3,93	-1,02
25	3,22	3,94	-0,72
26	3,15	4,00	-0,85
27	2,93	4,00	-1,07
28	3,04	3,98	-0,94
29	3,24	3,96	-0,72
30	3,39	3,99	-0,60

Tablo 10. Boyutlar Bazında Skorlar

BOYUT	PERFORMANS (P)	BEKLENTİ (E)	SKOR
1. BOYUT	3,00	4,00	-1,00
2. BOYUT	3,00	4,00	-1,00
3. BOYUT	3,00	4,00	-1,00
4. BOYUT	3,00	4,00	-1,00
5. BOYUT	3,00	4,00	-1,00

Tablo 11. Cinsiyet Bazında Boyutlara Göre Skorlar

CİNSİYET	TÜM BOYUT	1.BOYUT	2.BOYUT	3.BOYUT	4.BOYUT	5.BOYUT
KADIN	-0,87	-0,97	-0,84	-0,81	-0,81	-0,91
ERKEK	-0,71	-0,84	-0,76	-0,58	-0,62	-0,75

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere anketin tamamı ve boyutlarına göre skorları arasında cinsiyet bazında farklılıklar olup tüm boyutlarda beklenti ve performans farkı daha fazladır.

Tablo 12. Tahsil Bazında Boyutlara Göre Skorlar

TAHSİL	TÜM BOYUT	1.BOYUT	2.BOYUT	3.BOYUT	4.BOYUT	5.BOYUT
OKUR YAZAR DEĞİL	-0,88	-0,72	-0,91	-1,02	-0,79	-0,97
OKUR YAZAR	-0,29	-0,41	-0,34	-0,16	-0,20	-0,36
İLKÖĞRETİM	-0,88	-0,92	-0,89	-0,77	-0,86	-0,96
LİSE	-0,76	-1,07	-0,85	-0,63	-0,57	-0,67
ÜNİVERSİTE	-0,97	-1,02	-0,79	-0,93	-0,94	-1,09

Tablo 15. Yaş Grupları ve Boyutlara Göre skorlar

YAŞ GRUBU	TÜM BOYUT	1.BOYUT	2.BOYUT	3.BOYUT	4.BOYUT	5.BOYUT
16–25 ARASI	-0,81	-0,89	-0,78	-0,82	-0,73	-0,85
26–35 ARASI	-1,00	-1,30	-0,99	-0,84	-0,92	-0,95
36–45 ARASI	-0,60	-0,76	-0,48	-0,53	-0,53	-0,72
46–55 ARASI	-0,45	-0,46	-0,63	-0,33	-0,37	-0,47
55 VE YUKARISI	-1,18	-1,21	-1,27	-1,05	-1,13	-1,25

Tablo 13. Meslek ve Boyutlara Göre Skorlar

MESLEK	TÜM BOYUT	1.BOYUT	2.BOYUT	3.BOYUT	4.BOYUT	5.BOYUT
ESNAF VE ZANAATKAR	-0,41	-0,45	-0,40	-0,24	-0,47	-0,49
İŞÇİ	-0,56	-0,66	-0,56	-0,49	-0,52	-0,57
ÖĞRENCİ	-1,17	-1,41	-1,02	-1,10	-0,86	-1,18
EMEKLİ	-0,73	-0,95	-0,90	-0,62	-0,61	-0,57
EV HANIMI	-0,95	-1,00	-0,94	-0,88	-0,90	-1,04
ÇİFTÇİ	-0,87	-0,69	-1,12	-0,54		

3.5. Araştırma Bulguları ve Değerlendirilmesi

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgular ele alınmakta ve bu bulguların değerlendirilmesi yapılmaktadır. Yapılan istatistiksel analizlerde SPSS 16,0 İstatistik Programı kullanılmıştır. Anketlerde kullanılan 5’li likert ölçeğinde katılımcıların her bir soru önermesinde belirttiği puanlardan çalışma yapılmıştır. Anket sonuçlarının daha net değerlendirilebilmesi nicel olarak daha kolay ifade edilebilmesi amacıyla verilen puanlara aşağıdaki şekilde bir skala oluşturulmuştur.

1-2 puan çok kötü

3 puan kötü

4 puan orta

5 puan iyi

6-7 puan çok iyi

Aynı şekilde ortaya çıkan skorları (Performans) içinde aşağıdaki şekilde bir değerlendirme skalası oluşturulmuştur. Yine skorlar -6 ile +6 arasında değişen değerler alabilmektedir. Bu skorun pozitif çıkması halinde , müşteri beklentilerinin aşıldığı, negatif çıkması halinde ise müşteri beklentilerinin karşılanamadığı sonucu ortaya çıkmaktadır. Skorun sıfır çıkması halinde işe müşteri beklentilerin asgari düzeyde karşılandığı ve hizmetin tatminkar olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Ayrıca skorların -6 ile +6 ye yakınlığı veya uzaklığı derecesinde işletmenin müşteri beklentilerini karşılama veya karşılayamama derecesi hakkında bilgilere ulaşılmaktadır. Kalite tanımı doğrultusunda ortaya çıkan sıfır ile pozitif skorların, yani müşteri isteklerinin karşılanması ve aşılması durumlarının birbirinden farklı

olmayacağı düşünülmektedir. Çünkü hizmetlerde önemli olan müşteri beklentilerinin karşılanmasıdır. Müşteri beklentilerinin üstünde sunulan bir hizmetin sakıncalı olduğunu söylemek doğru olmasa da bu durum daha fazla maliyet, daha fazla işgücü, ve zaman kaybı gibi sakıncaları da beraberinde getirebilir. Bu nedenle skalada sıfır ve üstündeki skorlar (0 ile +6) aynı seviyede değerlendirilmiştir.

*-6 ve -4 arası :çok kötü

*-3,99 ve -2,00 :arası kötü

*-1,99 ve -1,00 :orta

* -0,99 ve 0 (hariç) : iyi

*0 ve yukarısı :çok iyi

Genel olarak ASM'nin müşterileri tarafından performansına verilen skor $3,13 \pm 0,67$ (min:1 max:5), beklenen kaliteye verilen skor ise $3,93 \pm 1,12$ (min:2, max:5) dir. Buna göre performans skoru ile beklenen kalite skoru arasındaki fark -0,80 olarak çıkmıştır. Dolayısıyla yukarıdaki belirtilen skalaya göre ASM'nin kalitesi iyi derecede çıkmıştır.

Boyutlara verilen ağırlık puanlarının incelenmesi neticesinde en fazla önem verilen boyut 5. inci boyut (%21,0) (Empati: Hastanenin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat) ve 2. inci boyut (%20,7) olduğu ortaya çıkmıştır. (Güvenilirlik: Hastanenin taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde sağlayabilme kabiliyeti) En az ağırlık verilen boyut ise 4. üncü boyut olarak bulunmuştur. (%18,7) (Güven: Hastane personelinin bilgi ve nezaketi ile emniyet ve güven telkin edebilme kabiliyeti)

3.5.1. Anketin Tamamına Ait Değerlendirme Dereceleri

Anketin algılanan beklenti ve performans bölümünde yer alan 30 adet soru önermesine ait değerlendirme dereceleri aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

a. Meslek Boyutunda Değerlendirme

Araştırma kapsamına dahil edilen müşteriler meslek durumu açısından 13 gruba ayrılmıştır. Hastane açısından paylaşılan performans değeri konusunda, meslek

durumu boyutunda anlamlı bir farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 14. Mesleklere Göre Performans Skorlarının Karşılaştırması

MESLEK	n	ORTALAMA	STANDART SAPMA
ESNAF VE ZANAATKAR	46	2,95	0,63
İŞÇİ	94	3,11	0,67
ÖĞRENCİ	70	3,10	0,62
EMEKLİ	60	3,11	0,83
EV HANIMI	141	3,28	0,63
ÇİFTÇİ	25	2,83	0,38
DİĞER	15	3,14	0,94

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde meslekler arasında performans algısı bakımından anlamlı bir farklılık vardır. ($p=0,007$ ve $p<0,05$) En fazla ev hanımı olan hastaların skorlamaları yüksek olup; en düşük olan ise çiftçi olan hastaların skorlamasıdır.

b. Yaş Boyutunda Genel Değerlendirme

Araştırma kapsamına dahil edilen müşteriler yaş durumu açısından 5 gruba ayrıldı. Buna göre hastane açısından performans değeri konusunda, yaş durumu boyutunda anlamlı bir farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 15. Yaş Gruplarına Göre Performans Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ GRUBU	N	ORTALAMA	STANDART SAPMA
16 ile 25 arası	96	3,14	0,70
26 ile 35 arası	84	3,19	0,76
36 ile 45 arası	109	3,09	0,52
46-55 arası	84	3,24	0,60
55 ve üstü	78	3,00	0,79
TOPLAM	451	3,13	0,67

Tablo 16. Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benforroni Analizi

Yaş Grubu		Ortalamalar Arası Fark (I-J)	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
16-25	26-35	-0,490	0,101	1,000
	36-45	0,940	0,094	1,000
	46-55	-1,03	0,101	1,000
	55 ve üstü	0,134	0,103	1,000
26-35	16-25	0,049	0,101	1,000
	36-45	0,098	0,098	1,000
	46-55	-0,053	0,104	1,000
	55 ve üstü	0,184	0,106	0,840
36-45	16-25	-0,048	0,094	1,000
	26-35	-0,098	0,098	1,000
	46-55	-0,151	0,098	1,000
	55 ve üstü	0,085	0,100	1,000
46-55	16-25	0,103	0,101	1,000
	26-35	0,053	0,104	1,000
	36-45	0,151	0,098	1,000
	55 ve üstü	0,237	0,106	0,261
55 ve üstü	16-25	-0,134	0,103	1,000
	26-35	-0,184	0,106	0,840
	36-45	-0,085	0,100	1,000
	46-55	-0,237	0,106	0,261

Yukarıdaki tablolardan anlaşıldığı gibi yaş gruplarına göre müşteriler arasında performans algılaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.($p>0,05$)

c. Tahsil Boyutuna Göre Performans Skorlarının Değerlendirmesi

Araştırma kapsamına dahil edilen müşteriler eğitim durumu açısından 5 gruba ayrılmıştır. Buna göre hastane açısından performans değeri konusunda, tahsil boyutunda anlamlı bir farklılığın olup olmadığı konusunda tek yönlü varyans Analizi (One Way ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 17. Tahsil Boyutuna Göre Performans Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	n	ORTALAMA	STANDART SAPMA
YÜKEKÖĞRETİM	56	3,14	0,84
LİSE	111	3,20	0,69
İLKÖĞRETİM	203	3,10	0,65
OKUR YAZAR	52	3,01	0,51
OKUR YAZAR DEĞİL	29	3,24	0,63

Tablo 18. Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benforroni Analizi

Yaş Grubu		Ortalamalar Arası Fark (I-J)	Standart Sapma	Anlamlılık Düzeyi
Okuryazar değil	Okuryazar	0,23	0,15	1,000
	İlköğretim	0,14	0,13	1,000
	Lise	0,04	0,14	1,000
	Yükseköğrenim	0,10	0,15	1,000
Okuryazar	Okuryazar değil	-0,23	0,15	1,000
	İlköğretim	-0,09	0,10	1,000
	Lise	-0,19	0,11	0,703
	Yükseköğrenim	-0,13	0,13	0,144
İlköğretim	Okuryazar değil	-0,14	0,13	1,000
	Okuryazar	0,09	0,10	1,000
	Lise	-0,10	0,08	1,000
	Yükseköğrenim	-0,04	0,10	0,468
Lise	Okuryazar değil	-0,04	0,14	1,000
	Okuryazar	0,19	0,11	0,703
	İlköğretim	0,10	0,08	1,000
	Yükseköğrenim	0,06	0,11	1,000
Yükseköğrenim	Okuryazar değil	-0,10	0,15	1,000
	Okuryazar	0,13	0,13	0,144
	İlköğretim	0,04	0,10	0,468
	Lise	-0,06	0,11	1,000

Yukarıdaki tablolardan anlaşıldığı gibi müşteriler arasında eğitim durumu yönünden performans algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur.($p>0,05$)

d. Cinsiyet Boyutunda Genel Değerlendirme

Hastane açısından performans değeri konusunda cinsiyet boyutunda anlamlı bir farklılığın olup olmadığı konusunda bağımsız örnek kütleler için t-testi (Independent t- test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 19. Cinsiyete Göre Performans Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	n	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	237	3,20	0,70
ERKEK	214	3,05	0,63

Tablo 20. Ortalamaların Eşitliği t Testi

Anlamlılık Düzeyi	Ortalamalar Arası Fark	Standart Hata
0,020*	-0,148	0,063
	-0,148	0,063

Yukarıdaki tablolardan çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde kadın ve erkek müşteriler arasında performans algılaması yönünden anlamlı bir fark vardı. ($p<0,05$) Buna göre kadınlarda daha yüksekti.

3.5.2. Fiziksel Özellikler Boyutunda Değerlendirme

Anketin bir ile beşinci soruları hastanenin Fiziksel özelliklerinin kalitesini ölçmeye yöneliktir. Bu boyut ile ilgili tüm müşterilere ait toplam skorlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

BOYUT NO	PERFORMANS (P)	BEKLENTİ (E)	SKOR
1.BOYUT	3,00	4,00	-1,00

a. Yaş Boyutunda Fiziksel Özellik Kalitesinin Genel Değerlendirmesi

Hastane fiziksel özellikleri açısından paylaşılan kalite değeri konusunda yaş boyutunda anlamlı bir farklılığın olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi(One Way ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır.

Tablo 21. Yaşlara Göre Fiziksel Özellikler Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ GRUBU	SKOR	n	ORTALAMA	STANDART SAPMA
16-25	P1	96	2,93	0,63
	E1		3,82	1,17
	SKOR 1		3,38	0,66
26-35	P1	84	2,85	0,76
	E1		4,15	1,01
	SKOR 1		3,50	0,55
36-45	P1	109	2,93	0,71
	E1		3,69	1,23
	SKOR 1		3,31	0,63
46-55	P1	84	3,20	0,75
	E1		3,67	1,31
	SKOR 1		3,44	0,83
55 VE ÜSTÜ	P1	78	2,91	0,97
	E1		4,12	1,03
	SKOR 1		3,52	0,60

Tablo 22. Tek Yönlü Varyans (One Way ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ (J)	ORT. ARASI FARK (I-J)	STD. HATA	ANLAMLILIK
P1	16-25	26-35	0,07	0,11	1,000
		36-45	-0,00	0,10	1,000
		46-55	-0,27	0,11	0,166
		55 VE ÜSTÜ	0,01	0,11	1,000
	26-35	16-25	-0,07	0,11	1,000
		36-45	-0,07	0,11	1,000
		46-55	-0,35	0,11	0,029*
		55 VE ÜSTÜ	-0,06	0,12	1,000
	36-45	16-25	0,00	0,10	1,000
		26-35	0,07	0,11	1,000
		46-55	-0,27	0,11	0,140
		55 VE ÜSTÜ	0,01	0,11	1,000
	46-55	16-25	0,27	0,11	0,166
		26-35	0,35	0,11	0,029*
		36-45	0,27	0,11	0,140
		55 VE ÜSTÜ	0,29	0,12	0,152
	55 VE ÜSTÜ	16-25	-0,01	0,11	1,000
		26-35	0,06	0,12	1,000
		36-45	-0,01	0,11	1,000
		46-55	-0,29	0,12	0,152
E1	16-25	26-35	-0,32	0,17	0,623
		36-45	0,13	0,16	1,000
		46-55	0,15	0,17	1,000
		55 VE ÜSTÜ	0,29	0,17	0,961
	26-35	16-25	0,32	0,17	0,623
		36-45	0,46	0,16	0,067
		46-55	0,48	0,17	0,075
		55 VE ÜSTÜ	0,02	0,18	1,000
	36-45	16-25	-0,13	0,16	1,000
		26-35	-0,46	0,16	0,067
		46-55	0,02	0,16	1,000
		55 VE ÜSTÜ	-0,43	0,17	0,128
	46-55	16-25	-0,15	0,17	1,000
		26-35	-0,48	0,17	0,075
		36-45	-0,02	0,16	1,000
		55 VE ÜSTÜ	-0,45	0,18	0,136
	55 VE ÜSTÜ	16-25	0,29	0,17	0,961
		26-35	-0,02	0,18	1,000
		36-45	0,43	0,17	0,128
		46-55	0,45	0,18	0,136
SKOR 1	16-25	26-35	-0,12	0,09	1,000
		36-45	0,06	0,09	1,000
		46-55	-0,05	0,09	1,000
		55 VE ÜSTÜ	-0,13	0,10	1,000

Tablo 22 (devam). Tek Yönlü Varyans (One Way ANOVA) Benferroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ (J)	ORT. ARASI FARK (I-J)	STD. HATA	ANLAMLILIK
SKOR 1	26-35	16-25	0,12	0,09	1,000
		36-45	0,19	0,09	0,485
		46-55	0,06	0,10	1,000
		55 VE ÜSTÜ	-0,01	0,10	1,000
	36-45	16-25	-0,06	0,09	1,000
		26-35	-0,19	0,09	0,485
		46-55	-0,12	0,09	1,000
		55 VE ÜSTÜ	-0,20	0,09	0,367
	46-55	16-25	0,05	0,09	1,000
		26-35	-0,06	0,10	1,000
		36-45	0,12	0,09	1,000
		55 VE ÜSTÜ	-0,08	0,10	1,000
	55 VE ÜSTÜ	16-25	0,13	0,10	1,000
		26-35	0,01	0,10	1,000
		36-45	0,20	0,09	0,367
		46-55	0,08	0,10	1,000

Yukarıdaki tablolardan görüldüğü gibi hastanenin fiziksel özelliklerine ait performans ve beklenti ve 1 boyut skorlarında sadece performans skorları açısından 26-35 ile 46-55 yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardı. Buna göre 46-55 yaş grubundakilerin performans algılaması daha yüksekti.

Tablo 23. Tahsile Göre Fiziksel Özellikler Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
OKURYAZAR DEĞİL	P1	3,25	0,70
	E1	3,97	1,03
	SKOR 1	3,62	0,62
OKURYAZAR	P1	2,78	0,69
	E1	3,20	1,26
	SKOR 1	3,00	0,59
İLKÖĞRETİM	P1	3,01	0,77
	E1	3,93	1,13
	SKOR 1	3,47	0,60
LİSE	P1	2,95	0,76
	E1	4,03	1,17
	SKOR 1	3,50	0,74
YÜKSEK ÖĞRENİM	P1	2,82	0,84
	E1	3,94	1,17
	SKOR 1	3,39	0,67

Tablo 24. Tek Yönlü Varyans (One Way ANOVA) Benferroni Analizi

	TAHSİL	ORTALAMALAR ARASI FARK (I-J)	STANDART HATA	ANLAMLILIK	
P1	OKURYAZAR DEĞİL	OKURYAZAR	0,46	0,17	0,092
		İLKÖĞRETİM	0,24	0,15	1,000
		LİSE	0,29	0,16	0,652
		YÜKSEK ÖĞRENİM	0,43	0,17	0,149
	OKURYAZAR	OKURYAZAR DEĞİL	-0,16	0,17	0,092
		İLKÖĞRETİM	-0,22	0,11	0,636
		LİSE	-0,17	0,12	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,03	0,14	1,000
	İLKÖĞRETİM	OKURYAZAR DEĞİL	-0,24	0,15	0,636
		OKURYAZAR	0,22	0,11	1,000
		LİSE	0,05	0,09	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	0,18	0,11	0,652
	LİSE	OKURYAZAR DEĞİL	-0,29	0,16	1,000
		OKURYAZAR	0,17	0,12	1,000
		İLKÖĞRETİM	-0,05	0,09	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	0,13	0,12	0,149
YÜKSEK ÖĞRENİM	OKURYAZAR DEĞİL	-0,43	0,17	1,000	
	OKURYAZAR	0,03	0,14	1,000	
	İLKÖĞRETİM	-0,01	0,11	1,000	
	LİSE	-0,13	0,12	0,042	
E1	OKURYAZAR DEĞİL	OKURYAZAR	0,77	0,26	1,000
		İLKÖĞRETİM	0,04	0,22	1,000
		LİSE	-0,05	0,24	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	0,03	0,26	0,042
	OKURYAZAR	OKURYAZAR DEĞİL	-0,77	0,26	0,001
		İLKÖĞRETİM	-0,72	0,18	0,0001
		LİSE	-0,82	0,19	0,010
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,73	0,22	1,000
	İLKÖĞRETİM	OKURYAZAR DEĞİL	-0,04	0,22	0,001
		OKURYAZAR	0,72	0,18	1,000
		LİSE	-0,10	0,13	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,01	0,17	1,000
	LİSE	OKURYAZAR DEĞİL	0,05	0,24	0,001
		OKURYAZAR	0,82	0,19	1,000
		İLKÖĞRETİM	0,10	0,13	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	0,08	0,18	1,000
YÜKSEK ÖĞRENİM	OKURYAZAR DEĞİL	-0,03	0,26	0,010	
	OKURYAZAR	0,73	0,22	1,000	
	İLKÖĞRETİM	0,01	0,17	1,000	
	LİSE	-0,08	0,18	0,001	

Tablo 24(devam). Tek Yönlü Varyans (One Way ANOVA) Benforroni Analizi

	TAHSİL	ORTALAMALAR ARASI FARK (I-J)	STANDART HATA	ANLAMLILIK	
SKOR 1	OKURYAZAR DEĞİL	OKURYAZAR	0,61	0,15	1,000
		İLKÖĞRETİM	0,14	0,12	1,000
		LİSE	0,12	0,13	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	0,23	0,14	0,001
	OKURYAZAR	OKURYAZAR DEĞİL	-0,61	0,15	0,001
		İLKÖĞRETİM	-0,47	0,10	0,001
		LİSE	-0,49	0,10	0,020
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,38	0,12	1,000
	İLKÖĞRETİM	OKURYAZAR DEĞİL	-0,14	0,12	0,001
		OKURYAZAR	0,47	0,10	1,000
		LİSE	-0,02	0,07	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	0,08	0,09	1,000
	LİSE	OKURYAZAR DEĞİL	-0,12	0,13	1,000
		OKURYAZAR	0,49	0,10	0,001
		İLKÖĞRETİM	0,02	0,07	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	0,11	0,10	1,000
	YÜKSEK ÖĞRENİM	OKURYAZAR DEĞİL	-0,23	0,14	1,000
		OKURYAZAR	0,38	0,12	0,020
		İLKÖĞRETİM	-0,08	0,09	1,000
		LİSE	-0,11	0,10	1,000

Yukarıdaki tablolardan görüldüğü gibi hastanenin fiziksel özelliklerine ait performans ve beklenti ve 1.boyut skorlarında eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılıklar vardı.

b. Cinsiyet Boyutuna Göre Fiziksel Özellik Kalitesinin Genel Değerlendirmesi

Hastane fiziksel boyutu açısından paylaşılan kalite değeri konusunda cinsiyet durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için bağımsız örnek kütleler için t-testi (Independent Samples t-test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 25. Cinsiyete Göre Fiziksel Özellikler Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	SKOR	N	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	P1	237	3,06	0,79
	E1	237	4,03	1,08
	SKOR 1	237	3,55	0,65
ERKEK	P1	214	2,85	0,73
	E1	214	3,70	1,25
	SKOR 1	214	3,28	0,65

SKOR	t	Anlamlılık düzeyi	Ortalamalar arası fark	Ortalamalar arası standart hata
P1	-02,811	0,005*	-0,203	0,072
E1	-2,977	0,003*	-0,328	0,110
SKOR 1	-4,317	0,001*	-0,266	0,062

Yukarıdaki tablolardan anlaşılacağı üzere, hastanenin fiziksel özelliklerine ait performans, beklenti ve skorlar arasında kadın erkek müşteriler arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.($p < 0,05$) Kadın müşterilerin performans algılaması ve beklenen kalite skoru daha yüksektir.

c. Meslek Boyutuna Göre Fiziksel Özellik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane fiziksel açıdan paylaşılan kalite değeri konusunda meslek durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 26. Mesleğe Göre Fiziksel Boyut ile Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

SKOR	MESLEK	n	ORTALAMA	STANDART SAPMA
P 1	ESNAF VE ZAN.	46	2,90	0,73
	İŞÇİ	94	2,95	0,74
	ÖĞRENCİ	70	2,79	0,51
	EMEKLİ	60	2,90	1,00
	EV HANIMI	141	3,15	0,78
	ÇİFTÇİ	25	2,84	0,68
	DİĞER	15	2,68	0,83
	ESNAF VE ZAN.	46	3,36	1,22
	İŞÇİ	94	3,62	1,25
	ÖĞRENCİ	70	4,20	0,96
	EMEKLİ	60	3,85	1,23
	EV HANIMI	141	4,15	0,99
	ÇİFTÇİ	25	3,53	1,29
	DİĞER	15	3,58	1,58
SKOR 1	ESNAF VE ZAN.	46	3,14	0,63
	İŞÇİ	94	3,20	0,74
	ÖĞRENCİ	70	3,50	0,51
	EMEKLİ	60	3,38	0,75
	EV HANIMI	141	3,66	0,57
	ÇİFTÇİ	25	3,19	0,46
	DİĞER	15	3,19	0,85

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde; Fiziksel özelliklere ait performans ve skor (performans ve beklenen kalite ortalaması) konusunda meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.($p < 0,05$) performans algılaması konusunda en düşük puanlama diğer meslek grubundakilerin olup olup en yüksek ortalama ev hanımı meslek grubundadır. Yine skora açısından en yüksek değer ev hanımı, en küçük değer esnaf ve zanaatkar meslek grubuna aittir.

3.5.3. Güvenilirlik Boyutuna Ait Değerlendirme

Anketin altı ile onuncu soruları hastanenin Güvenilirlik yani ‘Hastanenin taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde sağlayabilme’ kabiliyetini ölçmeye yöneliktir. Bu boyut ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skorlar aşağıda verilmiştir.

BOYUT NO	PERFORMANS (P)	BEKLENTİ (E)	SKOR
2.BOYUT	3,12	3,94	-0,82

a. Yaş Boyutunda Güvenirlilik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik özelliği açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, yaş boyutunda anlamlı farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 27. Eğitime Göre Güvenirlilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	SKOR	N	ORTALAMA	STANDART SAPMA
OKURYAZAR DEĞİL	P2	29	3,21	0,84
	E2	29	4,13	1,18
	SKOR 2	29	3,67	0,79
OKURYAZAR	P2	52	2,98	0,74
	E2	52	3,33	1,17
	SKOR 2	52	3,15	0,58
İLKÖĞRETİM	P2	203	3,08	0,86
	E2	203	3,98	1,10
	SKOR 2	203	3,53	0,67
LİSE	P2	111	3,12	0,96
	E2	111	3,97	1,25
	SKOR 2	111	3,54	0,88
YÜKSEK ÖĞRENİM	P2	56	3,38	1,02
	E2	56	4,18	1,23
	SKOR 2	56	3,78	0,88

Tablo 28.Tek Yönlü Varyans (One Way ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR 2	TAHSİL		ORTALAMALAR ARASI FARK (I-J)	STANDART HATA	ANLAMLILIK
P2	OKURYAZAR DEĞİL	OKURYAZAR	0,23	0,20	1,000
		İLKÖĞRETİM	0,13	0,17	1,000
		LİSE	0,09	0,18	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,17	0,20	1,000
	OKURYAZAR	OKURYAZAR DEĞİL	-0,23	0,20	1,000
		İLKÖĞRETİM	-0,10	0,13	1,000
		LİSE	-0,14	0,14	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,40	0,16	0,174
	İLKÖĞRETİM	OKURYAZAR DEĞİL	-0,13	0,17	1,000
		OKURYAZAR	0,10	0,13	1,000
		LİSE	-0,03	0,10	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,30	0,13	0,236
	LİSE	OKURYAZAR DEĞİL	-0,09	0,18	1,000
		OKURYAZAR	0,14	0,14	1,000
		İLKÖĞRETİM	0,03	0,10	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,26	0,14	0,689
	YÜKSEK ÖĞRENİM	OKURYAZAR DEĞİL	0,17	0,20	1,000
		OKURYAZAR	0,40	0,16	0,174
		İLKÖĞRETİM	0,30	0,13	0,236
		LİSE	0,26	0,14	0,689
E2	OKURYAZAR DEĞİL	OKURYAZAR	0,80	0,27	0,033*
		İLKÖĞRETİM	0,15	0,23	1,000
		LİSE	0,15	0,24	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,04	0,26	1,000
	OKURYAZAR	OKURYAZAR DEĞİL	-0,80	0,27	0,033
		İLKÖĞRETİM	-0,64	0,18	0,004
		LİSE	-0,64	0,19	0,011
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,85	0,22	0,002
	İLKÖĞRETİM	OKURYAZAR DEĞİL	-0,15	0,23	1,000
		OKURYAZAR	0,64	0,18	0,004
		LİSE	0,00	0,13	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,20	0,17	1,000
	LİSE	OKURYAZAR DEĞİL	-0,15	0,24	1,000
		OKURYAZAR	0,64	0,19	0,011
		İLKÖĞRETİM	0,00	0,13	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,20	0,19	1,000
	YÜKSEK ÖĞRENİM	OKURYAZAR DEĞİL	0,04	0,26	1,000
		OKURYAZAR	0,85	0,22	0,002
		İLKÖĞRETİM	0,20	0,17	1,000
		LİSE	0,20	0,18	1,000

Tablo 28(devam).Tek Yönlü Varyans (One Way ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR 2	TAHSİL	ORTALAMALAR ARASI FARK (I-J)	STANDART HATA	ANLAMLILIK	
SKOR 2	OKURYAZAR DEĞİL	OKURYAZAR	0,51	0,17	0,033
		İLKÖĞRETİM	0,14	0,15	1,000
		LİSE	0,12	0,15	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,10	0,17	1,000
	OKURYAZAR	OKURYAZAR DEĞİL	-0,51	0,17	0,033
		İLKÖĞRETİM	-0,37	0,11	0,015
		LİSE	-0,39	0,12	0,021
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,62	0,16	0,001
	İLKÖĞRETİM	OKURYAZAR DEĞİL	-0,14	0,15	1,000
		OKURYAZAR	0,37	0,11	0,015
		LİSE	-0,01	0,08	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,25	0,11	0,278
	LİSE	OKURYAZAR DEĞİL	-0,12	0,15	1,000
		OKURYAZAR	0,29	0,12	0,021
		İLKÖĞRETİM	0,01	0,08	1,000
		YÜKSEK ÖĞRENİM	-0,23	0,12	0,599
	YÜKSEK ÖĞRENİM	OKURYAZAR DEĞİL	0,10	0,17	1,000
		OKURYAZAR	0,62	0,14	0,001
		İLKÖĞRETİM	0,25	0,11	0,278
		LİSE	0,23	0,12	0,599

Yukarıdaki sonuçlar incelendiğinde; Hastanenin güvenilirlik özelliğe verilen değer açısından eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık vardır.($p<0,05$).

b. Cinsiyet Boyutunda Güvenilirlik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik boyutu açısından paylaşılan kalite değeri konusunda cinsiyet durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Bağımsız Örnek Kütleler için t-testi (Independent Samples t-test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 29. Cinsiyete Göre Güvenilirlik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	SKOR 2	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	P2	3,24	0,89
	E2	4,09	1,11
	SKOR 2	-084	1,35
ERKEK	P2	3,00	0,85
	E2	3,77	1,25
	SKOR 2	-0,76	1,49

SKOR	t değeri	ANLAMLILIK DÜZEYİ	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA
P2	-2,904	0,004	-0,240	0,082
E2	-2,884	0,004	-0,321	0,111
SKOR 2	0,604	0,548	0,081	0,134

Yukarıdaki tablolardan anlaşılacağı üzere, hastanenin güvenilirlik boyutuna beklenen kalite algılanan kalite ve skora açısından kadın ve erkek müşteriler arasında anlamlı bir farklılık vardı ($p < 0,05$).

c. Meslek Boyutuna Göre Güvenilirlik Özellik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik açısından paylaşılan kalite değeri konusunda meslek durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 30. Mesleğe Göre Güvenilirlik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

MESLEĞİ	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
ESNAF VE ZAN.	P2	2,97	0,82
	E2	3,38	0,98
	SKOR 2	3,17	0,45
İŞÇİ	P2	3,00	0,83
	E2	3,57	1,28
	SKOR 2	3,28	0,83
ÖĞRENCİ	P2	3,26	0,95
	E2	4,29	1,06
	SKOR 2	3,77	0,72
EMEKLİ	P2	3,05	0,92
	E2	3,96	1,17
	SKOR 2	3,51	0,77
EV HANIMI	P2	3,32	0,82
	E2	4,27	0,97
	SKOR 2	3,79	0,59
ÇİFTÇİ	P2	2,40	0,45
	E2	3,54	1,47
	SKOR 2	2,97	0,79
DİĞER	P2	3,36	1,19
	E2	3,67	1,69
	SKOR 2	3,51	1,27

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde Güvenilirlik boyutuna ait algılanan kalite (P2) ($p=0,001$) ve beklenen kalite (E2) ($p=0,001$) ve skorlama (Skor 2) ($p=0,001$) konusunda; meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) Buna göre algılanan performans konusunda en yüksek değer diğer gruptaki olgulara, beklenen kalite konusunda öğrenci, skorlamada ise emekli ve diğer gruptaki olgulara aittir.

Beklenen kalite konusunda (E2); meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p=0,0001$ ve $p<0,05$) Buna göre algılanan beklenti konusunda en yüksek değer öğrenci en düşük değer esnaf ve zanaatkar olan olgulara aittir.

Hastanenin güvenilirlik boyutuna ait Skor 2 açısından meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p=0,001$ ve $p<0,05$). Buna göre skorlama konusunda en yüksek değer ev hanımı en düşük değer çiftçi olan olgulara aittir.

3.5.4. Heveslilik Boyutuna Ait Değerlendirme

Anketin on ile onüçüncü soruları hastanenin Heveslilik yani “Müşterilere yardımcı olma arzusu ve hizmetin hızlı bir şekilde verilmesi” kalitesini ölçmeye yöneliktir. Bu boyut ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skorlar aşağıda verilmiştir.

BOYUT NO	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE (E)	SKOR
3. BOYUT	3,12	3,94	-0,82

a. Yaş Boyutunda Heveslilik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik özelliği açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, yaş boyutunda anlamlı farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way –ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 31. Yaşlara Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ GRUBU	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
16 İLE 25 ARASI	P3	3,13	0,99
	E3	3,96	1,33
	SKOR 3	-0,82	1,58
26 İLE 35 ARASI	P3	3,38	0,97
	E3	4,24	0,90
	SKOR 3	-0,84	1,34
36 İLE 45 ARASI	P3	3,14	0,72
	E3	3,67	1,27
	SKOR 3	-0,53	1,47
46 İLE 55 ARASI	P3	3,34	0,64
	E3	3,67	1,29
	SKOR 3	-0,33	1,30
55 VE YUKARISI	P3	3,18	1,00
	E3	4,24	1,04
	SKOR 3	-1,05	1,42

Tablo 32. Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P 3	16 İLE 25 ARASI	26-35	-0,25	0,13	0,558
		36-45	0,00	0,12	1,000
		46-55	-0,20	0,13	1,000
		55 ve üstü	-0,04	0,13	1,000
	26- İLE 35 ARASI	16-25	0,25	0,13	0,558
		36-45	0,24	0,12	0,525
		46-55	0,04	0,13	1,000
		55 ve üstü	0,20	0,13	1,000
	36 İLE 45 ARASI	16-25	0,00	0,12	1,000
		26-35	-0,24	0,12	0,525
		46-55	-0,20	0,12	1,000
		55 ve üstü	-0,04	0,12	1,000
	46- 55 ARASI	16-25	0,20	0,13	1,000
		26-35	-0,04	0,13	1,000
		36-45	0,20	0,12	1,000
		55 ve üstü	0,16	0,13	1,000
55 VE YUKARISI	16-25	0,04	0,13	1,000	
	26-35	-0,20	0,13	1,000	
	36-45	0,04	0,12	1,000	
	46-55	-0,16	0,13	1,000	
E 3	16 İLE 25 ARASI	26-35	-0,27	0,17	1,000
		36-45	0,28	0,16	0,829
		46-55	0,28	0,17	1,000
		55 ve üstü	0,28	0,18	1,000
	26- İLE 35 ARASI	16-25	0,17	0,17	1,000
		36-45	0,56	0,17	0,013
		46-55	0,56	0,18	0,024
		55 ve üstü	0,00	0,18	1,000
	36 İLE 45 ARASI	16-25	-0,28	0,16	0,889
		26-35	-0,56	0,174	0,013
		46-55	0,00	0,17	1,000
		55 ve üstü	-0,56	0,17	0,014
	46- 55 ARASI	16-25	-0,28	0,16	1,000
		26-35	-0,56	0,17	0,024
		36-45	-0,20	0,17	1,000
		55 ve üstü	-0,56	0,17	0,027
55 VE YUKARISI	16-25	0,28	0,17	1,000	
	26-35	0,00	0,18	1,000	
	36-45	0,56	0,17	0,014	
	46-55	0,56	0,18	0,027	

Tablo 32 (devam). Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
SKOR 3	16 İLE 25 ARASI	26-35	0,02	0,21	1,000
		36-45	-0,28	0,20	1,000
		46-55	-0,48	0,21	0,229
		55 ve üstü	0,23	0,21	1,000
	26- İLE 35 ARASI	16-25	-0,02	0,21	1,000
		36-45	-0,31	0,20	1,000
		46-55	-0,51	0,22	0,202
		55 ve üstü	0,21	0,22	1,000
	36 İLE 45 ARASI	16-25	0,28	0,20	1,000
		26-35	0,31	0,20	1,000
		46-55	-0,20	0,20	1,000
		55 ve üstü	0,52	0,21	0,138
	46- 55 ARASI	16-25	0,48	0,21	0,229
		26-35	0,51	0,22	0,202
		36-45	0,20	0,20	1,000
		55 ve üstü	0,72	0,22	0,014
	55 VE YUKARISI	16-25	-0,23	0,21	1,000
		26-35	-0,21	0,22	1,000
		36-45	-0,52	0,21	0,138
		46-55	-0,72	0,22	0,014

Yukarıdaki tablolardan çıkan sonuçlar incelendiğinde Heveslilik boyutuna ait algılanan kalite, beklenen kalite ve skorlamada anlamlı bir farklılık vardır.($p<0,05$)

b.Tahsil Boyutunda Heveslilik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane Heveslilik açısından paylaşılan kalite değeri konusunda tahsil durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 33.Tahsile Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
OKURYAZAR DEĞİL	P3	3,24	0,94
	E3	4,27	0,98
	SKOR 3	-1,02	1,39
OKURYAZAR	P3	3,17	0,64
	E3	3,33	1,16
	SKOR 3	-0,16	1,37
İLKÖĞRETİM	P3	3,19	0,88
	E3	3,97	1,19
	SKOR 3	-0,77	1,46
LİSE	P3	3,29	0,87
	E3	3,94	1,29
	SKOR 3	-0,63	1,41
YÜKSEK ÖĞRENİM	P3	3,26	1,01
	E3	4,20	1,12
	SKOR 3	-0,93	1,48

Tablo 34.Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	TAHSİL (I)	TAHSİL (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P3	Okuryazar değil	Okuryazar	,0752	,2039	1,000
		İlköğretim	,0502	,1746	1,000
		Lise	-,0508	,1835	1,000
		Yükseköğretim	-,0124	,2013	1,000
	Okuryazar	Okuryazar değil	-,0752	,2039	1,000
		İlköğretim	-,0250	,1367	1,000
		Lise	-,1260	,1478	1,000
		Yükseköğretim	-,0876	,1694	1,000
	İlköğretim	Okuryazar değil	-,0502	,1746	1,000
		Okuryazar	,0250	,1367	1,000
		Lise	-,1011	,1038	1,000
		Yüksek öğrenim	-,0627	,1328	1,000
	Lise	Okuryazar değil	,0508	,1835	1,000
		Okuryazar	,1260	,1478	1,000
		İlköğretim	,1011	,1038	1,000
		Yüksek öğrenim	,0384	,1442	1,000
	Yüksek öğrenim	Okuryazar değil	,0124	,2013	1,000
		Okuryazar	,0876	,1694	1,000
		İlköğretim	,0627	,1328	1,000
		Lise	-,0384	,1442	1,000

Tablo 34 (devam).Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	TAHSİL (I)	TAHSİL (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
E3	Okuryazar değil	Okuryazar	,934*	,277	,008
		İlköğretim	,297	,237	1,000
		Lise	,332	,249	1,000
		Yükseköğretim	,073	,274	1,000
	Okuryazar	Okuryazar değil	-,934*	,277	,008
		İlköğretim	-,638*	,186	,007
		Lise	-,602*	,201	,029
		Yükseköğretim	-,862*	,230	,002
	İlköğretim	Okuryazar değil	-,297	,237	1,000
		Okuryazar	,638*	,186	,007
		Lise	,035	,141	1,000
		Yüksek öğrenim	-,224	,181	1,000
	Lise	Okuryazar değil	-,332	,249	1,000
		Okuryazar	,602*	,201	,029
		İlköğretim	-,035	,141	1,000
		Yüksek öğrenim	-,259	,196	1,000
Yüksek öğrenim	Okuryazar değil	-,073	,274	1,000	
	Okuryazar	,862*	,230	,002	
	İlköğretim	,224	,181	1,000	
	Lise	,259	,196	1,000	
SKOR 3	Okuryazar değil	Okuryazar	-,8592	,3339	,104
		İlköğretim	-,2463	,2860	1,000
		Lise	-,3829	,3004	1,000
		Yükseköğretim	-,0850	,3296	1,000
	Okuryazar	Okuryazar değil	,8592	,3339	,104
		İlköğretim	,6128	,2239	,064
		Lise	,4763	,2421	,497
		Yükseköğretim	,7742	,2774	,055
	İlköğretim	Okur Yazar Değil	,2463	,2860	1,000
		Okur Yazar	-,6128	,2239	,064
		Lise	-,1365	,1700	1,000
		Yüksek Öğretim	,1613	,2174	1,000
	Lise	Okur Yazar Değil	,3829	,3004	1,000
		Oku Yazar	-,4763	,2421	,497
		İlköğretim	,1365	,1700	1,000
		Yüksek Öğretim	,2979	,2361	1,000
	Yüksek Öğretim	Okur Yazar Değil	,0850	,3296	1,000
		Okur Yazar	-,7742	,2774	,055
		İlköğretim	-,1613	,2174	1,000
		Lise	-,2979	,2361	1,000

Yukarıdaki tablolardan çıkan sonuçlar incelendiğinde Heveslilik boyutuna ait algılanan kalite, beklenen kalite ve skorlamada tahsil durumları arasında anlamlı bir farklılıklar vardır.($p<0,05$)

Tablo 35. Cinsiyete Göre Heveslilik Boyutu

CİNSİYET	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	P3	3,27	0,94
	E3	4,09	1,16
	SKOR 3	-0,81	1,44
ERKEK	P3	3,18	0,79
	E3	3,77	1,24
	SKOR 3	-0,58	1,44

Tablo 36. Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi

SKOR	t DEĞERİ	ANLAMLILIK DÜZEYİ	ORTALAMALAR ARASI FARK	ORTALAMALAR ARASI STANDART HATA
P3	-1,166	0,240	-0,096	0,082
E3	-2,848	0,005	-0,325	0,114
SKOR 3	1,672	0,095	0,228	0,136

Yukarıdaki tablolardan anlaşılacağı üzere, hastanenin heveslilik boyutuna beklenen kalite açısından kadın ve erkek müşteriler arasında anlamlı farklılık vardı ($p<0,05$).Algılanan kalite ve skorlama açısından kadın ve erkek müşteriler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p>0,05$).

c. Meslek Boyutuna Göre Heveslilik Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane heveslilik açısından paylaşılan kalite değeri konusunda meslek durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 37. Mesleğe Göre Heveslilik Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

MESLEK	SKOR	ORTALAMA	SATANDART SAPMA
ESNAF VE ZANAATKAR	P 3	3,00	0,66
	E 3	3,25	1,23
	SKOR 3	-0,248	1,32
İŞÇİ	P 3	3,111	0,82
	E 3	3,610	1,27
	SKOR 3	-0,49	1,50
ÖĞRENCİ	P 3	3,17	0,94
	E 3	4,27	1,12
	SKOR 3	-1,100	1,47
EMEKLİ	P 3	3,26	0,90
	E 3	3,88	1,16
	SKOR 3	-0,02	1,48
EV HANIMI	P 3	3,41	0,93
	E 3	4,30	1,02
	SKOR 3	-0,88	1,37
ÇİFTÇİ	P 3	3,12	0,56
	E 3	3,66	1,30
	SKOR 3	-0,54	1,37
DİĞER	P 3	3,25	0,99
	E 3	3,77	1,42
	SKOR 3	-0,52	1,57

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde Heveslilik boyutuna ait algılanan kalite (P3) konusunda; meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmaktadır. ($p=0,057$ ve $p<0,05$).

Beklenen kalite konusunda (E3); meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p<0,05$) Ev hanımı grubu müşterilerin Heveslilik boyutu ile ilgili algılanan beklenti kalite değeri diğer meslek gruplarına göre daha fazladır.

Hastanenin heveslilik performans boyutuna ait skora açısından meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. ($p=0,022$ ve $p<0,05$).

3.5.5. Güven Boyutun Ait Değerlendirme

Anketin onyedinci ile yirmiikinci soruları hastanenin Güven yani “Hastane personelinin bilgi ve nezaketi ile emniyet ve güven telkin edebilme kabiliyeti” kalitesini ölçmeye yöneliktir. Bu boyut ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skorlar aşağıda verilmiştir.

BOYUT NO	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE (E)	SKOR
4. BOYUT	3,25	3,96	-0,72

a. Yaş boyutunda Güven Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik özelliği açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, yaş boyutunda anlamlı farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 38. Yaşlara Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ GRUBU	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
16 ile 25 arası	P 4	3,33	0,80
	E 4	4,06	1,16
	SKOR 4	-0,73	1,27
26 ile 35 arası	P 4	3,28	0,92
	E 4	4,20	0,97
	SKOR 4	-0,92	1,24
36 ile 45 arası	P 4	3,21	0,70
	E 4	3,74	1,20
	SKOR 4	-0,53	1,35
46 ile 55 arası	P 4	3,34	0,75
	E 4	3,71	1,27
	SKOR 4	-0,37	1,31
55 ve yukarı	P 4	3,06	0,86
	E 4	4,19	0,93
	SKOR 4	-1,13	1,44

Tablo 39. Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P 4	16 İLE 25 ARASI	26-35	,051	,121	1,000
		36-45	,118	,113	1,000
		46-55	-,011	,121	1,000
		55 ve üstü	,270	,123	,288
	26- İLE 35 ARASI	16-25	-,051	,121	1,000
		36-45	,068	,117	1,000
		46-55	-,062	,125	1,000
		55 ve üstü	,220	,127	,846
	36 İLE 45 ARASI	16-25	-,118	,113	1,000
		26-35	-,068	,117	1,000
		46-55	-,129	,117	1,000
		55 ve üstü	,152	,120	1,000
	46- 55 ARASI	16-25	,011	,121	1,000
		26-35	,062	,125	1,000
		36-45	,129	,117	1,000
		55 ve üstü	,282	,127	,272
55 VE YUKARISI	16-25	-,270	,123	,288	
	26-35	-,220	,127	,846	
	36-45	-,152	,120	1,000	
	46-55	-,282	,127	,272	
E 4	16 İLE 25 ARASI	26-35	-,139	,168	1,000
		36-45	,313	,158	,478
		46-55	,347	,168	,401
		55 ve üstü	-,133	,172	1,000
	26- İLE 35 ARASI	16-25	,139	,168	1,000
		36-45	,452	,164	,060
		46-55	,486	,174	,054
		55 ve üstü	,005	,177	1,000
	36 İLE 45 ARASI	16-25	-,313	,158	,478
		26-35	-,452	,164	,060
		46-55	,034	,164	1,000
		55 ve üstü	-,447	,167	,078
	46- 55 ARASI	16-25	-,347	,168	,401
		26-35	-,486	,174	,054
		36-45	-,034	,164	1,000
		55 ve üstü	-,480	,177	,070
55 VE YUKARISI	16-25	,133	,172	1,000	
	26-35	-,005	,177	1,000	
	36-45	,447	,167	,078	
	46-55	,480	,177	,070	

Tablo 39 (devam). Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
SKOR 4	16 İLE 25 ARASI	26-35	,190	,198	1,000
		36-45	-,195	,186	1,000
		46-55	-,358	,198	,716
		55 ve üstü	,404	,202	,466
	26- İLE 35 ARASI	16-25	-,190	,198	1,000
		36-45	-,385	,193	,466
		46-55	-,548	,205	,078
		55 ve üstü	,214	,209	1,000
	36 İLE 45 ARASI	16-25	,195	,186	1,000
		26-35	,385	,193	,466
		46-55	-,163	,193	1,000
		55 ve üstü	,599*	,197	,025
	46- 55 ARASI	16-25	,358	,198	,716
		26-35	,548	,205	,078
		36-45	,163	,193	1,000
		55 ve üstü	,762*	,209	,003
	55 VE YUKARISI	16-25	-,404	,202	,466
		26-35	-,214	,209	1,000
		36-45	-,599*	,197	,025
		46-55	-,762*	,209	,003

Yukarıdaki tablolardan anlaşılacağı üzere, hastanenin güven boyutuna algılanan kalite, performans skorlama skoru açısından yaş gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardı. ($p<0,05$).

b. Tahsil Boyutunda Güven Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güven açısından paylaşılan kalite değeri konusunda tahsil durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 40 Tahsile Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
OKURYAZAR DEĞİL	P4	3,28	0,72
	E4	4,06	0,98
	SKOR 3	-0,79	1,33
OKURYAZAR	P3	3,12	0,72
	E3	3,32	1,15
	SKOR 4	-0,20	1,50
İLKÖĞRETİM	P4	3,16	0,78
	E4	4,03	1,07
	SKOR 4	-0,86	1,31
LİSE	P 4	3,43	0,81
	E 4	3,99	1,23
	SKOR 4	-0,57	1,22
YÜKSEK ÖĞRENİM	P 4	3,30	0,95
	E4	4,24	1,06
	SKOR 4	-0,94	1,43

Tablo 41. Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	TAHSİL (I)	TAHSİL (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P4	Okuryazar değil	Okuryazar	,157	,187	1,000
		İlköğretim	,112	,160	1,000
		Lise	-,149	,168	1,000
		Yükseköğretim	-,021	,184	1,000
	Okuryazar	Okuryazar değil	-,157	,187	1,000
		İlköğretim	-,044	,125	1,000
		Lise	-,306	,135	,243
		Yükseköğretim	-,177	,155	1,000
	İlköğretim	Okuryazar değil	-,112	,160	1,000
		Okuryazar	,044	,125	1,000
		Lise	-,262	,095	,062
		Yükseköğretim	-,133	,122	1,000
	Lise	Okuryazar değil	,149	,168	1,000
		Okuryazar	,306	,135	,243
		İlköğretim	,262	,095	,062
		Yüksek öğrenim	,129	,132	1,000
	Yüksek öğrenim	Okuryazar değil	,021	,184	1,000
		Okuryazar	,177	,155	1,000
		İlköğretim	,133	,122	1,000
		Lise	-,129	,132	1,000

Tablo 41 (devam). Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	TAHSİL (I)	TAHSİL (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
E4	Okuryazar değil	Okuryazar	,747*	,260	,042
		İlköğretim	,036	,222	1,000
		Lise	,067	,234	1,000
		Yükseköğrenim	-,177	,256	1,000
	Okuryazar	Okuryazar değil	-,747*	,260	,042
		İlköğretim	-,710*	,174	,001
		Lise	-,679*	,188	,003
		Yükseköğrenim	-,924*	,216	,000
	İlköğretim	Okuryazar değil	-,036	,222	1,000
		Okuryazar	,710*	,174	,001
		Lise	,031	,132	1,000
		Yüksek öğrenim	-,214	,169	1,000
	Lise	Okuryazar değil	-,067	,234	1,000
		Okuryazar	,679*	,188	,003
		İlköğretim	-,031	,132	1,000
		Yüksek öğrenim	-,245	,184	1,000
Yüksek öğrenim	Okuryazar değil	,177	,256	1,000	
	Okuryazar	,924*	,216	,000	
	İlköğretim	,214	,169	1,000	
	Lise	,245	,184	1,000	
SKOR 4	Okuryazar değil	Okuryazar	-,590	,309	,568
		İlköğretim	,076	,265	1,000
		Lise	-,217	,278	1,000
		Yükseköğrenim	,157	,305	1,000
	Okuryazar	Okuryazar değil	,590	,309	,568
		İlköğretim	,666*	,207	,014
		Lise	,373	,224	,964
		Yükseköğrenim	,747*	,257	,038
	İlköğretim	Okuryazar değil	-,076	,265	1,000
		Okuryazar	-,666*	,207	,014
		Lise	-,293	,157	,635
		Yüksek öğrenim	,081	,201	1,000
	Lise	Okuryazar değil	,217	,278	1,000
		Okuryazar	-,373	,224	,964
		İlköğretim	,293	,157	,635
		Yüksek öğrenim	,373	,218	,881
Yüksek öğrenim	Okuryazar değil	-,157	,305	1,000	
	Okuryazar	-,747*	,257	,038	
	İlköğretim	-,081	,201	1,000	
	Lise	-,373	,218	,881	

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin güven boyutuna beklenen kalite ve skora açısından tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p < 0,05$).

c. Cinsiyet Boyutunda Güven Kalitesinin Genel Değerlendirmesi

Hastane Güven boyutu açısından paylaşılan kalite değeri konusunda cinsiyet durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Bağımsız Örnek Küteller için t-testi (Independent Samples t-test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 42. Cinsiyete Göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	SKOR 2	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	P4	3,30	0,85
	E4	4,10	1,08
	SKOR 4	-0,81	1,34
ERKEK	P4	3,19	0,75
	E4	3,81	1,18
	SKOR 4	-0,62	1,34

Tablo 43. Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi

SKOR	t değeri	ANLAMLILIK DÜZEYİ	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA
P4	-1,394	0,161	-0,106	0,076
E4	-2,737	0,007*	-0,293	0,107
SKOR 4	1,468	0,143	0,186	0,127

Yukarıdaki tablolardan çıkan sonuçlar incelendiğinde kadın ve erkek müşteri arasında güven boyutuna ait algılanan kalite (P4), ve skora (S4) arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı ortaya çıkmaktadır ($P>0,05$). Beklenen kalite (E4) açısından anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,05$).

d. Meslek Boyutunda Güven Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güven açısından paylaşılan kalite değeri konusunda meslek durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 44. Mesleğe göre Güven Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

SKOR	MESLEK	n	ORTALAMA	STANDART SAPMA
P4	ESNAF VE ZANAATKAR	46	2,93	,781
	İŞÇİ	94	3,28	,834
	ÖĞRENCİ	70	3,33	,783
	EMEKLİ	60	3,26	,857
	EV HANIMI	141	3,33	,797
	ÇİFTÇİ	25	2,91	,513
	DİĞER	15	3,32	,985
E4	ESNAF VE ZANAATKAR	46	3,40	1,113
	İŞÇİ	94	3,80	1,180
	ÖĞRENCİ	70	4,19	1,067
	EMEKLİ	60	3,87	1,284
	EV HANIMI	141	4,23	,997
	ÇİFTÇİ	25	3,78	1,026
	DİĞER	15	3,85	1,423
SKOR4	ESNAF VE ZANAATKAR	46	-,47	1,468
	İŞÇİ	94	-,52	1,417
	ÖĞRENCİ	70	-,86	1,184
	EMEKLİ	60	-,61	1,516
	EV HANIMI	141	-,90	1,227
	ÇİFTÇİ	25	-,87	1,348
	DİĞER	15	-,53	1,490

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin güven boyutuna algılanan performans kalite skoru açısından meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. ($p=0,033$ ve $p<0,05$). Beklenen kalite açısından da meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık vardı. ($p=0,001$ ve $p<0,05$)

3.5.6. Empati Boyutuna Ait Değerlendirme

Anketin yirmikinci ile otuzuncu soruları hastanenin Empati yani “Şirketin kendini müşterilerin yerine koyması, müşterilere bireysel dikkat ve ihtimam

gösterilmesi” kalitesini ölçmeye yöneliktir. Bu boyut ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skorlar aşağıda verilmiştir.

BOYUT NO	ALGILANAN KALİTE (P)	BEKLENEN KALİTE (E)	SKOR
5. BOYUT	3,10	3,94	-0,84

a. Yaş Boyutunda Empati Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane güvenilirlik özelliği açısından paylaşılan kalite değeri konusunda, yaş boyutunda anlamlı farklılığın olup olmadığı konusunda Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way –ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 45. Yaşlara Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

YAŞ GRUBU	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
16 ile 25 arası	P 5	3,10	0,85
	E 5	3,96	1,15
	SKOR 5	-0,85	1,38
26 ile 35 arası	P 5	3,24	0,80
	E 5	4,20	1,00
	SKOR 5	-0,95	1,25
36 ile 45 arası	P 5	3,06	0,68
	E 5	3,79	1,14
	SKOR 5	-0,72	1,40
46 ile 55 arası	P 5	3,20	0,71
	E 5	3,69	1,28
	SKOR 5	-0,47	1,44
55 ve yukarı	P 5	2,90	0,80
	E 5	4,16	1,07
	SKOR 5	-1,25	1,44

Tablo 46. Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P 5	16 İLE 25 ARASI	26-35	-0,1408	0,1154	1,000
		36-45	0,0415	0,1081	1,000
		46-55	-0,1051	0,1154	1,000
		55 ve üstü	0,1995	0,1177	0,908
	26- İLE 35 ARASI	16-25	0,1408	0,1154	1,000
		36-45	0,1823	0,1121	1,000
		46-55	0,0357	0,1192	1,000
		55 ve üstü	0,3403	0,1214	0,053
	36 İLE 45 ARASI	16-25	-0,0415	0,1081	1,000
		26-35	-0,1823	0,1121	1,000
		46-55	-0,1466	0,1121	1,000
		55 ve üstü	0,158	0,1145	1,000
	46- 55 ARASI	16-25	0,1051	0,1154	1,000
		26-35	-0,0357	0,1192	1,000
		36-45	0,1466	0,1121	1,000
		55 ve üstü	0,3046	0,1214	0,125
55 VE YUKARISI	16-25	-0,1995	0,1177	0,908	
	26-35	-0,3403	0,1214	0,043	
	36-45	-0,158	0,1145	1,000	
	46-55	-0,3046	0,1214	0,125	
E 5	16 İLE 25 ARASI	26-35	-0,237	0,17	1,000
		36-45	0,173	0,159	1,000
		46-55	0,273	0,17	1,000
		55 ve üstü	-0,198	0,174	1,000
	26- İLE 35 ARASI	16-25	0,237	0,17	1,000
		36-45	0,41	0,165	0,135
		46-55	,510*	0,176	0,039
		55 ve üstü	0,039	0,179	1,000
	36 İLE 45 ARASI	16-25	-0,173	0,159	1,000
		26-35	-0,41	0,165	0,135
		46-55	0,1	0,165	1,000
		55 ve üstü	-0,371	0,169	0,285
	46- 55 ARASI	16-25	-0,273	0,17	1,000
		26-35	-,510*	0,176	0,039
		36-45	-0,1	0,165	1,000
		55 ve üstü	-0,471	0,179	0,089
55 VE YUKARISI	16-25	0,198	0,174	1,000	
	26-35	-0,039	0,179	1,000	
	36-45	0,371	0,169	0,285	
	46-55	0,471	0,179	0,089	

Tablo 46. (devam). Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	YAŞ (I)	YAŞ (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
SKOR 5	16 İLE 25 ARASI	26-35	0,0961	0,2074	1,000
		36-45	-0,1315	0,1943	1,000
		46-55	-0,3777	0,2074	0,693
		55 ve üstü	0,3976	0,2117	0,610
	26- İLE 35 ARASI	16-25	-0,0961	0,2074	1,000
		36-45	-0,2276	0,2016	1,000
		46-55	-0,4738	0,2142	0,275
		55 ve üstü	0,3015	0,2183	1,000
	36 İLE 45 ARASI	16-25	0,1315	0,1943	1,000
		26-35	0,2276	0,2016	1,000
		46-55	-0,2462	0,2016	1,000
		55 ve üstü	0,5291	0,2059	0,105
	46- 55 ARASI	16-25	0,3777	0,2074	0,693
		26-35	0,4738	0,2142	0,275
		36-45	0,2462	0,2016	1,000
		55 ve üstü	,7753*	0,2183	0,004
	55 VE YUKARISI	16-25	-0,3976	0,2117	0,610
		26-35	-0,3015	0,2183	1,000
		36-45	-0,5291	0,2059	0,105
		46-55	-,7753*	0,2183	0,004

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin empati boyutuna algılanan kalite, beklenen kalite ve skora göre yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,05$).

b.Tahsil Boyutunda Empati Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

Hastane empati açısından paylaşılan kalite değeri konusunda tahsil durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 47. .Tahsile Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

TAHSİL	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
OKURYAZAR DEĞİL	P5	3,25	0,69
	E5	4,23	0,91
	SKOR 5	-0,97	1,15
OKURYAZAR	P5	2,99	0,58
	E5	3,30	1,18
	SKOR 5	-0,36	1,42
İLKÖĞRETİM	P5	3,06	0,73
	E5	4,03	1,08
	SKOR5	-0,96	1,35
LİSE	P 5	3,24	0,84
	E 5	3,92	1,24
	SKOR 5	-0,67	1,40
YÜKSEKÖĞRENİM	P 5	2,97	0,92
	E5	4,07	1,14
	SKOR5	-1,09	1,58

Tablo 48. Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	TAHSİL (I)	TAHSİL (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
P5	Okuryazar değil	Okuryazar	,2590	,1794	1,000
		İlköğretim	,1862	,1537	1,000
		Lise	,0137	,1615	1,000
		Yükseköğretim	,2802	,1771	1,000
	Okuryazar	Okuryazar değil	-,2590	,1794	1,000
		İlköğretim	-,0728	,1203	1,000
		Lise	-,2453	,1301	,600
		Yükseköğretim	,0212	,1491	1,000
	İlköğretim	Okuryazar değil	-,1862	,1537	1,000
		Okuryazar	,0728	,1203	1,000
		Lise	-,1725	,0914	,598
		Yüksek öğretim	,0940	,1169	1,000
	Lise	Okuryazar değil	-,0137	,1615	1,000
		Okuryazar	,2453	,1301	,600
		İlköğretim	,1725	,0914	,598
		Yükseköğretim	,2664	,1269	,363
	Yüksek öğrenim	Okuryazar değil	-,2802	,1771	1,000
		Okuryazar	-,0212	,1491	1,000
		İlköğretim	-,0940	,1169	1,000
		Lise	-,2664	,1269	,363

Tablo 48 (devam). Tek Yönlü Varyans Analizi One Way- ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	TAHSİL (I)	TAHSİL (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
E5	Okuryazar değil	Okuryazar	,873*	,263	,010
		İlköğretim	,203	,225	1,000
		Lise	,316	,236	1,000
		Yükseköğretim	,167	,259	1,000
	Okuryazar	Okuryazar değil	-,873*	,263	,010
		İlköğretim	-,670*	,176	,002
		Lise	-,557*	,190	,036
		Yükseköğretim	-,706*	,218	,013
	İlköğretim	Okuryazar değil	-,203	,225	1,000
		Okuryazar	,670*	,176	,002
		Lise	,113	,134	1,000
		Yükseköğretim	-,036	,171	1,000
	Lise	Okuryazar değil	-,316	,236	1,000
		Okuryazar	,557*	,190	,036
		İlköğretim	-,113	,134	1,000
		Yükseköğretim	-,149	,186	1,000
Yükseköğretim	Okuryazar değil	-,167	,259	1,000	
	Okuryazar	,706*	,218	,013	
	İlköğretim	,036	,171	1,000	
	Lise	,149	,186	1,000	
SKOR 5	Okuryazar değil	Okuryazar	-,6139	,3227	,578
		İlköğretim	-,0167	,2764	1,000
		Lise	-,3018	,2904	1,000
		Yükseköğretim	,1135	,3186	1,000
	Okuryazar	Okuryazar değil	,6139	,3227	,578
		İlköğretim	,5972	,2164	,060
		Lise	,3121	,2340	1,000
		Yükseköğretim	,7275	,2682	,069
	İlköğretim	Okuryazar değil	,0167	,2764	1,000
		Okuryazar	-,5972	,2164	,060
		Lise	-,2851	,1644	,836
		Yükseköğretim	,1303	,2102	1,000
	Lise	Okuryazar değil	,3018	,2904	1,000
		Okuryazar	-,3121	,2340	1,000
		İlköğretim	,2851	,1644	,836
		Yükseköğretim	,4154	,2282	,694
Yükseköğretim	Okuryazar değil	-,1135	,3186	1,000	
	Okuryazar	-,7275	,2682	,069	
	İlköğretim	-,1303	,2102	1,000	
	Lise	-,4154	,2282	,694	

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, hastanenin empati boyutuna beklenen kalite ve skora açısından tahsil grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$).

c. Cinsiyet Boyutunda Empati Kalitesinin Genel Değerlendirmesi

ASM Empati boyutu açısından paylaşılan kalite değeri konusunda cinsiyet durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Bağımsız Örnek Küteller için t-testi (Independent Samples t-test) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 49. Cinsiyete Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

CİNSİYET	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
KADIN	P5	3,14	0,79
	E5	4,07	1,11
	SKOR 5	-0,91	1,44
ERKEK	P5	3,05	0,75
	E5	3,81	1,17
	SKOR 5	-0,75	1,35

Tablo 50. Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi

SKOR	t değeri	ANLAMLILIK DÜZEYİ	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA
P5	-1,325	0,186	-0,0970	0,073
E5	-2,427	0,016	-0,262	0,108
SKOR 5	1,246	0,214	0,164	0,132

Yukarıdaki tablodan çıkan sonuçlar incelendiğinde kadın ve erkek müşteri arasında empati boyutuna ait algılanan kalite (P5), ve skorlama (S5) arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı ortaya çıkmaktadır.

($P > 0,05$) Beklenen kalite(E5) açısından anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre kadın müşterilerin erkek müşterilere göre beklenen kalite puanlaması daha yüksekti.

d. Meslek Boyutuna Göre Empati Kalitesinin Genel Değerlendirilmesi

ASM Empati açısından paylaşılan kalite değeri konusunda meslek durumuna göre farklılık olup olmadığının tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way-ANOVA) analizi yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdaki tablodadır.

Tablo 51. Mesleğe Göre Empati Boyutu Hizmet Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

SKOR	MESLEK	n	ORTALAMA	STANDART SAPMA
P5	ESNAF VE ZANAATKAR	46	2,943	0,753
	İŞÇİ	94	3,206	0,840
	ÖĞRENCİ	70	2,951	0,834
	EMEKLİ	60	3,107	0,850
	EV HANIMI	141	3,194	0,701
	ÇİFTÇİ	25	2,904	0,429
	DİĞER	15	3,120	0,884
E5	ESNAF VE ZANAATKAR	46	3,439	1,168
	İŞÇİ	94	3,785	1,153
	ÖĞRENCİ	70	4,137	0,935
	EMEKLİ	60	3,683	1,362
	EV HANIMI	141	4,238	1,009
	ÇİFTÇİ	25	4,048	1,102
	DİĞER	15	3,693	1,578
SKOR 5	ESNAF VE ZANAATKAR	46	-0,496	1,388
	İŞÇİ	94	-0,579	1,268
	ÖĞRENCİ	70	-1,186	1,242
	EMEKLİ	60	-0,577	1,725
	EV HANIMI	141	-1,044	1,330
	ÇİFTÇİ	25	-1,144	1,395
	DİĞER	15	-0,573	1,697

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere, ASM'nin empati boyutuna algılanan performans kalite ($p=0,013$ ve $p<0,05$) skoru, beklenen kalite ($p=0,001$ ve $p<0,05$) ve

skorlama ($p=0,008$ ve $p<0,05$) açısından meslek gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

İşçi grubu müşterilerin algılanan performans kalite, ev hanımı grubu müşterilerin beklenti kalite puanları diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir.

3.5.7. Başka Bir Hastaneye Gitme Tercihleri

ASM'nin performans, beklenti ve skorlama puanlarını; müşterilerin başka bir hastaneyi tercih edip etmemelerine göre değerlendirmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way –ANOVA) analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 52. Olguların Başka Bir Hastaneyi Tercih Etme Dağılımı

Başka Bir Hastaneye Gider misiniz ?	n	%
Evet	284	62,8
Hayır	167	36,9

Tablo 53. Başka Bir Hastaneyi Tercih Edenlerle Etmeyenlerin Performans, Beklenti ve Skor Ortalamaları

	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
EVET	PERFORMANS (P)	3,04	0,69
	BEKLENTİ (E)	3,87	1,18
	SKOR (S)	-0,82	1,41
HAYIR	PERFORMANS (P)	3,28	0,61
	BEKLENTİ (E)	4,03	1,01
	SKOR (S)	-0,74	1,17

Tablo 54. Ortalamaların Eşitliği İçin t-testi

SKOR	t	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
PERFORMANS (P)	3,708	0,241	0,065	0,001*
BEKLENTİ (E)	1,478	0,155	0,109	0,140
SKOR (S)	0,697	0,086	0,129	0,486

Olguların %62,8 i başka bir ASM yi tercih edebileceğini %36,9 u ise başka bir ASM yi tercih etmeyeceğini belirtti. Başka bir ASM yi tercih edenlerle etmeyenlerin performans, beklenti ve skora puanlarını incelediğimizde tercih edenlerle etmeyenlerin performans puanlamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı($p<0,05$). Buna göre başka bir ASM yi tercih etmeyeceğini belirtenlerin performans puanlaması daha yüksekti.

3.5.8. ASM' yi Tercih Etme Nedenleri

ASM'ye gelen müşterilerin ASM'yi tercih etme nedenleri ile performans, beklenti ve skora puanlarını karşılaştırmak için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way –ANOVA) Benforroni analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 55. Tercih Sebeplerine Göre Puanların Dağılımı

TERCİH SEBEBİ	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
Daha Önceki Tecrübem	Performans (P)	3,094	0,693
	Beklenti (E)	3,280	0,411
	Skor(S)	3,760	0,000
Tavsiye	Performans (P)	4,320	0,000
	Beklenti (E)	3,168	0,665
	Skor(S)	3,240	0,285
Doktor Sevki	Performans (P)	3,922	1,111
	Beklenti (E)	3,570	0,626
	Skor(S)	4,720	0,040
Kalitesi	Performans (P)	4,840	0,000
	Beklenti (E)	3,841	1,185
	Skor(S)	4,753	0,221
Yakınlığı	Performans (P)	-0,827	1,372
	Beklenti (E)	-0,290	0,889
	Skor(S)	-0,960	0,040
Diğer	Performans (P)	-0,520	0,000
	Beklenti (E)	-0,673	1,331
	Skor(S)	-1,513	0,140

Tablo 56. Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benforroni Analizi

	TERCİH SEBEBİ (I)	TERCİH SEBEBİ (J)	ORTALAM ALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
PERFORMANS (P)	TECRÜBE	TAVSİYE	-0,186	0,198	1,000
		DR. SEVKİ	-0,666	0,387	1,000
		KALİTESİ	-1,22573(*)	0,387	0,025
		YAKINLIĞI	-0,073	0,067	1,000
		DİĞER	-0,146	0,276	1,000
	TAVSİYE	TECRÜBE	0,186	0,198	1,000
		DR. SEVKİ	-0,480	0,429	1,000
		KALİTESİ	-1,040	0,429	0,236
		YAKINLIĞI	0,112	0,197	1,000
		DİĞER	0,040	0,332	1,000
	DR. SEVKİ	TECRÜBE	0,666	0,387	1,000
		TAVSİYE	0,480	0,429	1,000
		KALİTESİ	-0,560	0,543	1,000
		YAKINLIĞI	0,592	0,386	1,000
		DİĞER	0,520	0,470	1,000
	KALİTESİ	TECRÜBE	1,22573(*)	0,387	0,025
		TAVSİYE	1,040	0,429	0,236
		DR. SEVKİ	0,560	0,543	1,000
		YAKINLIĞI	1,15248(*)	0,386	0,045
		DİĞER	1,080	0,470	0,331
	YAKINLIĞI	TECRÜBE	0,073	0,067	1,000
		TAVSİYE	-0,112	0,197	1,000
		DR: SEVKİ	-0,592	0,386	1,000
		KALİTESİ	-1,15248(*)	0,386	0,045
		DİĞER	-0,072	0,275	1,000
	DİĞER	TECRÜBE	0,146	0,276	1,000
		TAVSİYE	-0,040	0,332	1,000
		DR. SEVKİ	-0,520	0,470	1,000
		KALİTESİ	-1,080	0,470	0,331
		YAKINLIĞI	0,072	0,275	1,000

Tablo 56 (devam). Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benforroni Analizi

	TERCİH SEBEBİ (I)	TERCİH SEBEBİ (J)	ORTALAM ALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
BEKLENTİ (E)	TECRÜBE	TAVSİYE	0,352	0,338	1,000
		DR. SEVKİ	-0,798	0,659	1,000
		KALİTESİ	-0,918	0,659	1,000
		YAKINLIĞI	0,081	0,114	1,000
		DİĞER	-0,832	0,470	1,000
	TAVSİYE	TECRÜBE	-0,352	0,338	1,000
		DR. SEVKİ	-1,150	0,730	1,000
		KALİTESİ	-1,270	0,730	1,000
		YAKINLIĞI	-0,271	0,335	1,000
		DİĞER	-1,183	0,566	0,556
	DR. SEVKİ	TECRÜBE	0,798	0,659	1,000
		TAVSİYE	1,150	0,730	1,000
		KALİTESİ	-0,120	0,924	1,000
		YAKINLIĞI	0,879	0,657	1,000
		DİĞER	-0,033	0,800	1,000
	KALİTESİ	TECRÜBE	0,918	0,659	1,000
		TAVSİYE	1,270	0,730	1,000
		DR. SEVKİ	0,120	0,924	1,000
		YAKINLIĞI	0,999	0,657	1,000
		DİĞER	0,087	0,800	1,000
	YAKINLIĞI	TECRÜBE	-0,081	0,114	1,000
		TAVSİYE	0,271	0,335	1,000
		DR. SEVKİ	-0,879	0,657	1,000
		KALİTESİ	-0,999	0,657	1,000
		DİĞER	-0,913	0,468	0,776
DİĞER	TECRÜBE	0,832	0,470	1,000	
	TAVSİYE	1,183	0,566	0,556	
	DR. SEVKİ	0,033	0,800	1,000	
	KALİTESİ	-0,087	0,800	1,000	
	YAKINLIĞI	0,913	0,468	0,776	

Tablo 57. Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benforroni Analizi

	TERCİH SEBEBİ (I)	TERCİH SEBEBİ (J)	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ
SKOR (S)	TECRÜBE	TAVSİYE	-0,537	0,395	1,000
		DR. SEVKİ	0,133	0,771	1,000
		KALİTESİ	-0,307	0,771	1,000
		YAKINLIĞI	-0,154	0,133	1,000
		DİĞER	0,686	0,550	1,000
	TAVSİYE	TECRÜBE	0,537	0,395	1,000
		DR. SEVKİ	0,670	0,855	1,000
		KALİTESİ	0,230	0,855	1,000
		YAKINLIĞI	0,383	0,392	1,000
		DİĞER	1,223	0,662	0,980
	DR. SEVKİ	TECRÜBE	-0,133	0,771	1,000
		TAVSİYE	-0,670	0,855	1,000
		KALİTESİ	-0,440	1,081	1,000
		YAKINLIĞI	-0,287	0,769	1,000
		DİĞER	0,553	0,936	1,000
	KALİTESİ	TECRÜBE	0,307	0,771	1,000
		TAVSİYE	-0,230	0,855	1,000
		DR. SEVKİ	0,440	1,081	1,000
		YAKINLIĞI	0,153	0,769	1,000
		DİĞER	0,993	0,936	1,000
	YAKINLIĞI	TECRÜBE	0,154	0,133	1,000
		TAVSİYE	-0,383	0,392	1,000
		DR. SEVKİ	0,287	0,769	1,000
		KALİTESİ	-0,153	0,769	1,000
		DİĞER	0,840	0,547	1,000
DİĞER	TECRÜBE	-0,686	0,550	1,000	
	TAVSİYE	-1,223	0,662	0,980	
	DR. SEVKİ	-0,553	0,936	1,000	
	KALİTESİ	-0,993	0,936	1,000	
	YAKINLIĞI	-0,840	0,547	1,000	

ASM'ye gelen müşterilerin ASM'yi tercih etme nedenleri ile performans puanlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.($p < 0,05$) Buna göre performans puanlaması en yüksek olan kalitesi nedeniyle tercih edenlere aittir. ($p = 0,019$ ve $p < 0,05$). Beklenen kalite ve skortlama açısından anlamlı bir farklılık yoktu.

a. Buna Göre Algılanan Performans Konusunda;

Daha önce tecrübesi olupta gelenlerin performans puanlarının kalitesi nedeniyle tercih edipte gelenlerden daha düşük olması

Kalitesi nedeniyle ASM'yi tercih edenlerin başka birisinin tavsiyesi, Dr. sevki ve yakınlığı nedeniyle tercih edenlerin performans puanlarından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu.($p<0,05$)

Olguların bir Hastane tercihlerini tercih ettikleri branşlara göre değerlendirebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way –ANOVA-benferroni) analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablodadır.

Tablo 58. Olguların Bir Hastane Tercihlerinin Branşlara Göre Dağılımı

BİR HASTANEYE GİDİYORMUSUNUZ ?	SKOR	ORTALAMA	STANDART SAPMA
GİTMİYORUM	PERFORMANS	3,29	0,62
	BEKLENTİ	4,09	1,00
	SKOR	-0,80	1,16
DAHİLİ BRANŞLAR	PERFORMANS	2,96	0,61
	BEKLENTİ	4,16	1,07
	SKOR	-1,19	1,39
CERRAHİ BRANŞLAR	PERFORMANS	3,07	0,74
	BEKLENTİ	3,55	1,20
	SKOR	-0,48	1,37

Tablo 59. Tek Yönlü Varyans (One way ANOVA) Benforroni Analizi

SKOR	BRANŞ	ORTALAMALAR ARASI FARK	STANDART HATA	ANLAMLILIK DÜZEYİ	
PERFORMANS	GİTMİYORUM	DAHİLİ	,32299(*)	0,079	0,000
		CERRAHİ	,21285(*)	0,073	0,012
	DAHİLİ	GİTMİYORUM	-,32299(*)	0,079	0,000
		CERRAHİ	-0,110	0,081	0,531
	CERRAHİ	GİTMİYORUM	-,21285(*)	0,073	0,012
		DAHİLİ	0,110	0,081	0,531
BEKLENTİ	GİTMİYORUM	DAHİLİ	-0,064	0,130	1,000
		CERRAHİ	,53840(*)	0,121	0,000
	DAHİLİ	GİTMİYORUM	0,064	0,130	1,000
		CERRAHİ	,60220(*)	0,134	0,000
	CERRAHİ	GİTMİYORUM	-,53840(*)	0,121	0,000
		DAHİLİ	-,60220(*)	0,134	0,000
SKOR	GİTMİYORUM	DAHİLİ	,3868(*)	0,154	0,037
		CERRAHİ	-0,326	0,143	0,071
	DAHİLİ	GİTMİYORUM	-,3868(*)	0,154	0,037
		CERRAHİ	-,7123(*)	0,159	0,000
	CERRAHİ	GİTMİYORUM	0,326	0,143	0,071
		DAHİLİ	,7123(*)	0,159	0,000

* p<0,05

Yukarıdaki tablolardan anlaşılacağı gibi performans,beklenti ve skorlamaları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı.(p<0,05)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimliği Türkiye modelinde kontrol mekanizmalarının kurulması ve sistemin bir bütün olarak ele alınması gerekir. Sağlık Bakanlığının hazırlayıp web sitesine koyduğu aile hekimliği Türkiye modeli kitapçığında sağlığın geliştirilmesinin insan odaklı olması, gelişmelerin bilimsel yöntemlerle değerlendirilmesi ve izlenmesi gerektiği aktarılmaktadır. Sağlık hizmetini herkese eşit, etkili, güvenilir, ulaşılabilir, eksiksiz altyapı ile, ücretsiz ve sevk zinciri aracılığıyla sunulması amacıyla yeni modele geçişin gerekli görüldüğu belirtilmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin yaygın olarak koruyucu sağlık hizmetini kapsayan, birinci basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetini de içinde barındıran sağlık hizmeti anlamında kullanılmaktadır. Bu hizmetlerin verilmesinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ana görevi üstlenmektedir. Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında yada kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler. İşte bu noktada kişiye kendi hekimini seçme özgürlüğünün tanınması ve yüksek kalitede fakat maliyeti kontrol altına alınmış bir sağlık hizmetine bütün vatandaşların erişiminin sağlanması hedeflenmektedir. Sonuç olarak Aile hekimliği modelinde vatandaşın sağlık hizmetinden memnuniyetinin artırılması ve yüksek kalite hedeflenmektedir.

Aile Hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinde dünyada kabul görmüş bir modeldir. İzmir'de 2007 yılından bugüne aile hekimliği Türkiye modeli uygulanmaktadır. Türkiye'de uygulanması pilot bölgelerle başlamıştır. İzmir'de ve diğer pilot bölgelerde yaşanan sürecin ülkemize uygun bir sistemin iyi niyetle oluşturulma çabaları olarak algılanması gerektiğini düşünmek gerekir. Aile hekimlerinin eğitimi ile ilgili yaşananlar tüm pilot bölgelerde daha nitelikli, üniversite destekli ve uzman kadrolarla güçlendirilmiş eğitim ihtiyacını ortaya koymuştur. Geçiş dönemlerinde Avrupa ülkelerinde pratisyen hekimlerin aile hekimi

eğitimi uzun süreye yayılmış, pratik ve teorik alanlarda üniversite ve meslek odaları destekli sürdürülmüştür. Ülkemizde de bu şekilde gerçekleşmesi hekimler arası birliği güçlendirecek ve daha güven verici olacaktır. Siyaset meslek örgütleri ile sağlık politikaları zemininde irtibat kurmalı, akademik kurullar oluşturulmalı ve Sağlık Bakanlığı merkezli model tekrar ele alınmalıdır.

İzmir uygulamasında yaşanan gruplaşma iletişimsizliğe iyi bir örnektir. Gruplaşma yerine güç birliği oluşturulması gereklidir. Bu modelin hiçbir ayağı diğerinden değerli değildir. Ancak ne yazık ki toplum sağlığı merkezi ayağına öncelik verilmediği gözlenmektedir. Hekimlerin hizmetleri her alanda ayrı değer taşımalarına rağmen ücret ve çalışma şartları açısından adil davranılmadığı izlenimi doğmuştur. Bu sebeple bugün gelinen noktada Aile hekimliği Türkiye modelinde birinci basamak sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda hizmet veren tüm sağlık personelinin çalışma şartlarının adil olarak düzenlenmesi gerekliliği doğmuştur.

Aile Hekimliği Türkiye modeli uygulaması şu an için personel arasında eşitsizlik yaratan bir sistem oluşturmuştur. Sadece ücret değil, çalışma şartlarının adil olmayan bir sözleşme ile daha da zorlaştırıldığı gerçeği sadece aile hekimlerinin değil, tüm birinci basamak sağlık hizmeti veren personelin sorunudur. Bir bütünün her parçası bir diğerinden daha önemli ya da önemsiz değildir. Ne yazık ki model bir soruna çözüm iken kendi içinde sorunlar üretmiştir. Aile hekimi ücretleri masraflar dahil verilen bir ücret iken yüksek görünmekte, daha düşük ücret alan toplum sağlığı merkezi hekimleri tarafından adaletsiz ücretlendirme hoş karşılanmamaktadır. Müşteri memnuniyeti amacıyla gerçekleştirilen aile hekimliği uygulamaları azda olsa kısa zamanda her istediğini sağlık ekibine yaptırtan, beklemekten hoşlanmayan ve kötüye kullanmayı alışkanlık haline getirmiş bir hasta tipi oluşturmuş gözükmektedir. Halbuki araştırmamızda vatandaşların en çok empati yani hekimlerin ve personelin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkate önem verdiği görülmüştür. Hastalar ilgi istemekte bu ilgiyi çok yüksek ücret aldığını bildikleri aile hekiminden aldıklarında memnuniyetlerini belirtmektedirler.

Toplum sağlığı merkezlerinde uygulamanın başında gerçekleştirilenler tüm çalışanları sıkıntıya sokmuştur. Ücretler düşmüş, çalışma şartları ağırlaşmıştır.

Toplum sağlığı merkezleri aile sağlığı merkezlerinin denetleme yerleri olmuş, olmaması gerektiği halde taraf iken adil olması zorlaşmıştır. Halk sağlığı açısından önemli olan toplumsal koruyucu hekimliğin icra edileceği yer bu merkezler olacak iken geçici görev merkezleri haline gelmişlerdir. Hekimlerin toplum sağlığı merkezlerinde hemşire, ebe, sağlık memuru, evre sağlığı teknisyeni, laborantlar ve diğer personelle beraber verdikleri hizmet halı hazırda yeni çıkan yönetmelikle daha nitelikli olacaktır demek mümkündür. İl içinde yeterli sayıda toplum sağlığı merkezi kurulmamıştır, Her 100.000 nüfusa denk gelecek şekilde merkez kurulmamıştır. Nüfus göz önüne alındığında hem aile sağlığı merkezleri hem de toplum sağlığı merkezleri çok yüksek nüfusa hizmet vermek zorunda kalmıştır. Beklide bu yüzden aile hekimliği Türkiye modelinin önemli özelliklerinden biri olan sevk zinciri herhangi bir pilot bölgede başarı ile uygulanamamıştır. İl içinde uygun miktarda toplum ve aile sağlığı merkezi kurulursa verilecek olan hizmetin kalitesi, yararı artacaktır. Personelin cretlendirilmesi en kısa zamanda daha adil düzenlenmeli, böylece oluşmuş olan gruplaşmanın önüne geçilmelidir.

Aile hekimliği sertifika eğitimlerinde eğitici olarak çalışan hekimlerin hizmet puanlarının yükseltilmesi yerleştirme sırasında çoğunluk hekimler tarafından eleştirilmiştir. Hizmet puanları ile ilgili uygulanan haksız uygulama mahkeme kararı ile durdurulmuştur. Eğitimlerin kısa olması, uyum eğitimi olması, meslek odalarının dışlanması, yerel üniversitelerin akademik personelinden faydalanılmaması ve tümüyle aceleye getirilmesi doğru olmamıştır. Eğitimlerin yurt dışında ki örneklerinde olduğu gibi uzun süreli, bire bir usta çırak ilişkisine dayalı ve sürekli olması gereklidir. Sisteme geçiş sürecinde pratisyen hekimlerin çoğunlukta olması aile hekimi uzmanlarının sayısının yeterli olmaması aile hekimlerinin pratisyen hekimlerden oluşturulması gerçeğini meydana çıkarmıştır. İkinci aşama eğitimler devam etmektedir, internet aracılığıyla eğitim verilmektedir.

Toplum sağlığı merkezlerinde memur statüsünde 657 kanuna tabi çalışan hekimler hizmet verirlerken aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri valilikle sözleşme yapmak suretiyle hizmet vermektedirler. Sözleşme yolu ile alınan bu hizmetin müşteri memnuniyetini arttırması umut edilmektedir. Ancak İzmir'de aile sağlığı merkezlerinde çalışıp ta emekli olmak isteyen bazı sözleşmeli çalışanlar

sistemde yer alan bir eksiklik sebebiyle emekli olamamışlardır, sözleşmeli olarak çalıştıkları süreler emekliliklerine sayılmamıştır. Bu durum güven bunalımı yaratmıştır. Adil olmayan sözleşme şartları, yüksek olduğu düşünülen ücretler ile unutturulur iken emeklilik gibi konularda yaşanan sorunlar düşündürücüdür. Çalışan herkesin özlük hakları modelin geleceği için dikkatle düzenlenmelidir.

Aile hekimliği modelinde sevk zinciri bütçede tasarruf, sistemin işleyişinde rahatlama ve hastalar yani müşteriler için kullanım kolaylığı yaratacaktır. Ancak nüfus ile hizmet veren personelin orantısı önemlidir. Ama aile sağlığı merkezi ama toplum sağlığı merkezi ve ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların nüfusa oranla kapasiteleri sevk zincirinin doğru işleme açısından önemlidir. Şu ana kadar ne yazık ki bu oran sevk zinciri aleyhine gelişmiştir. Bireysel koruyucu sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezi tarafından verilirken, poliklinik hizmetleri verilecek ve sevk zinciri uygulanacak olması aile hekiminin liste nüfusunun en çok 2500 olmasını gerektirmektedir. Ancak bu şekilde arzu edilen kalite elde edilebilecektir.

Bireysel koruyucu hekimlik uygulamalarından gebe, bebek izlemleri, aşılama takipleri ve ev ziyaretleri aile hekimleri için birer performans kriteri olmuştur. İngiltere’de bu tip performans uygulamaları farklı gelişmiştir ve İngiltere’de hekimler farklı ücretlendirilmektedir, pozitif performans adı altında özendirici uygulamalar söz konusudur. Türkiye modelinde ise negatif performans uygulaması benimsenmiştir. Performansın ücrete yansıtılması bir yana toplum sağlığı merkezleri tarafından bireysel koruyucu hekimlik uygulamalarının eksikliğinin görülmesi durumunda idari soruşturmanın gerçekleştirilmesi, sözleşmelerin sonlandırılması düşündürücüdür. Verilen hizmetin kalitesini arttırmak amaçlı düzenlenen sözleşmenin gereği oluşan bu tablo ne yazık ki hizmet verenlerin motivasyonunu düşürmektedir. Bu bağlamda performans uygulamasını ve sözleşme şartlarını tekrar ele almalı diğer ülkelerin tecrübeleri ışığında değerlendirilmelidir.

Aile hekimliği Türkiye modelinde toplum sağlığı merkezi personeli 657’ye tabii devlet memuru iken aile sağlığı merkezi personeli sözleşmeli olarak çalışmaktadır. Sözleşmeler 1 yıl süreyle geçerli olmaktadır. Sözleşme incelendiğinde hekim ve sağlık elemanının iş garantisi ve huzurunun olmadığını rahatlıkla

görebiliriz. Sözleşme fesih sebepleri açık bir dille ifade edilmiş olup sözleşmenin bir yıl sonunda devam edip etmeyeceği hususu pek açık değildir. Sözleşme tek taraflı avantajlar sağlamakta işvereni kayırmaktadır, ihtilaf durumunda bölgesel iş mahkemeleri çözümün arandığı yerler olmakta ancak işini kaybeden hekim veya elemanın sözleşmesine geri dönmesi için uzun süreler geçmesi gerekmektedir. Durum İzmir’de de farklı olmamıştır. Pek çok vaka şu an valilik ve personel arasında iş mahkemeleri ve üst mahkemeler arasında görülmektedir. Böylece modelin bu ayağında iş garantisinin olmayışı sebebiyle iş huzurundan bahsetmek mümkün değildir. Müşteri memnuniyetinin sağlanması amacıyla sözleşme yapılması anlamlı bulunabilir, ancak sözleşmenin maddelerini yazarken tek taraflı avantajlar oluşturmak uzun vadede hizmet kalitesini düşürecektir. Sözleşmenin içeriği ve tarafları tartışmaya açılmalıdır. Şu anki uygulama vali adına il sağlık müdürü ve aile hekimi tarafından imzalanan bir sözleşmedir. Sözleşmenin içeriği daha adil olmalıdır. Tarafların sayısının artırılmasının faydalı olacağı İngiltere örneğinde görülmüştür. Sağlık bakanlığı, meslek odaları, sosyal güvenlik kurumu ve bağımsız siyaset üstü mesleki yüksek kurullar taraf olmalıdır. Taraf olan kurumlar her tür sözleşme ihlalinde soruşturma ve karar aşamasında birlik olmalıdırlar. Ancak bu şekilde tarafların imzaladığı sözleşme müşteri memnuniyetini arttıracaktır.

Hizmeti alanların yani müşterilerin veya hastaların doktor seçme hürriyetleri şu anki uygulamada ne yazık ki pek yoktur. Merkezden uzaklaştıkça coğrafi özelliklerinde etkisi ile hekim tercih etmek zorlaşmaktadır. Merkezde ise hekim sayısı uygulamada Sağlık Bakanlığı tarafından belirlendiği için ve hekimlerin hür iradeleri ile gerçekleşmediği için daha da güçleşmektedir. Yurtdışı örneklerde arzu eden ve şartları uygun olan her hekim istediği yerde aile hekimliği yapmak üzere sözleşme imzalayabilmektedir. Örneğin Hollanda’da bir bölgede çok sayıda hekim olmasına rağmen eğer bir hekim daha orada çalışmak isterse kendisiyle sözleşme yapılmaktadır. Böyle olunca hastaların ve hekimlerin gerçekten seçme özgürlükleri olmaktadır. Mevcut uygulamada Sağlık Bakanlığı her bölge için kaç aile hekimliği birimi oluşturulacağını belirlemektedir. Böylece hür irade ortadan kalkmaktadır. Aynı durum kamu hizmeti veren eczanelerde veya özel muayenehanelerde yaşanmamaktadır, hür irade söz konusu olmaktadır, herkes için seçme özgürlüğü oluşmaktadır. Aile hekimliği Türkiye modelinde doktor seçme özgürlüğü bu yönde

geliştirilmelidir.

Aile hekimliği Türkiye modelinde ne yazık ki hekim başına düşen nüfus çok yüksektir. Yurt dışı uygulamalarda hekim başına ortalama 1000- 1500 kişi düşmekte iken Türkiye’de 3000- 3500 kişi düşmektedir. Bu durum mevcut uygulamanın bir çok hizmet alanında sıkıntıların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Sıkıntı olarak mobil hizmet, bireysel koruyucu sağlık hizmetleri, ev ziyaretleri, periyodik sağlık kontrolleri ve poliklinik hizmetleri görülmektedir. Kısa vadede müşteri memnuniyeti poliklinik hizmetleri ile sağlanmaya çalışılmakta, bireysel koruyucu sağlık hizmetleri negatif performans yöntemleri ile aşılmaya çalışılmakta ve mobil hizmet sistemi zorlamaktadır. Hekim başına düşen nüfus acil olarak azaltılmalıdır. Sağlık bakanlığından ayarlı merkezi yaklaşım ile, mesleki odalar ve akademik kurulların desteği olmaksızın yürütülen uygulama en kısa zamanda tekrar gözden geçirilip, çok katılımlı bir yönetimle, adil ve hür iradeye dayanan bir içeriğe kavuşturulmalıdır.

Aile hekimliği Türkiye modeli entegre bir sağlık sisteminin parçası olduğu sürece başarılı olabilecektir. Birinci basamakta sağlık hizmetinin kolay kullanılabilir, kaliteli, süreklilik içeren ve verimliliği yüksek olmasını sağlaması amacıyla uygulamasına geçilmiştir. Verilen hizmetin bilimsel norm ve standartlara uygunluğu, bireylerin sağlık durumlarının sürekli takibi, daha iyi bir sağlık durumu için genel önlemlerin sürekli alındığı, sisteme entegre, kaynakların akılcı kullanılarak maliyetlerin düşürüldüğü ve hizmetten yararlanma olanağının arttırıldığı bir sağlık hizmeti modeli arzu edilmiştir. Bu durumda ikinci ve üçüncü basamak ile entegre bir modele ihtiyaç duyulmaktadır. Aile hekimliği Türkiye modelinde acilen bu entegrasyon gerçekleştirilmelidir.

Aile hekimliği Türkiye modelinde müşteri memnuniyeti boyutunda genel olarak bakıldığında global müşteri grubu henüz yeni modellerle tanışmamıştır diyebiliriz. Aile hekimliği tüm Türkiye sathına 2011 yılında geçtiğinde ancak o zaman bu konuda fikir sahibi olabileceğiz. Dış müşteri olarak nitelendirebileceğimiz doğrudan verilen hizmetten etkilenen bireylerin ise memnuniyeti basında yer alan anketlerden görülmektedir. Hastalar hizmette gerçekleştirilmeye çalışılan olumlu çabaları, reform niteliğindeki değişiklikleri izlemekte ve ihtiyaç duyduğu hizmeti

aldığı zaman eğer eksiklik fark ederse dile getirmektedir. İç müşteri olarak adlandırdığımız çalışanlar ise farklı sıkıntılar yaşamakta, geçiş sürecinin zorluklarını yaşamaktadırlar. Her şeye rağmen iyi niyetle atılan adımlar, sağlık hizmetlerinden memnuniyetin sağlanması anlamında olumlu karşılanmalıdır.

Diğer yandan bölgemizdeki araştırmamızda ASM'miz hedeflendiği gibi müşteri memnuniyetini sağlamıştır, genel olarak ASM' nin müşterileri tarafından performansına verilen skor $3,13 \pm 0,67$ (min:1 max:5) , beklenen kaliteye verilen skor ise $3,93 \pm 1,12$ (min:2, max:5) dir. Buna göre performans skoru ile beklenen kalite skoru arasındaki fark $-0,80$ olarak çıkmıştır. Dolayısıyla ASM'nin yukarıdaki belirtilen skalaya göre kalitesi iyi derecede çıkmıştır.

Araştırmamızda boyutlara verilen ağırlık puanlarının incelenmesi neticesinde en fazla önem verilen boyut 5. inci boyut (%21,0) (Empati: ASM' nin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat) ve 2. inci boyut (%20,7) olduğu ortaya çıkmıştır. (Güvenilirlik: ASM' nin taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde sağlayabilme kabiliyeti) En az ağırlık verilen boyut ise 4. üncü boyut olarak bulunmuştur. (%18,7) (Güven: ASM personelinin bilgi ve nezaketi ile emniyet ve güven telkin edebilme kabiliyeti). Müşterilerimiz için empati çok önemli bir boyuttur, üzerinde çalışılması memnuniyeti arttıracaktır. Hizmet verenlere empati yani hastaya kişisel ilgi ve dikkat gösterilmesini geliştirici eğitimler düzenlenmelidir. Güvenilirlik boyutunu da unutmamalı ve verilen hizmetlerin standardizasyonu sağlanmalı güncellenmelidir.

Araştırmamızda meslekler arasında performans algısı bakımından anlamlı bir farklılık vardır. En fazla ev hanımı olan hastaların skorlamaları yüksek olup; en düşük olan ise çiftçi olan hastaların skorlamasıdır. Yaş gruplarına göre müşteriler arasında performans algılaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Müşteriler arasında eğitim durumu yönünden performans algılaması arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Kadın ve erkek müşteriler arasında performans algılaması yönünden anlamlı bir fark vardır. Buna göre kadınlarda performans algılaması daha yüksektir. Bu konuda halkla ilişkiler güçlendirilmeli hizmet alanların daha iyi bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır. Meslek gruplarının farklı hizmet ihtiyaçları

değerlendirilmelidir. Hizmet alanların farklı özelliklerinin farklı hizmet beklentisi ve farklı performans algısına sebep olduğu görülüyor, bu durum hizmet kalitesi artırma yönünde değerlendirilmeli ve üzerinde araştırmalar yapıp olumlu yöne nasıl gidilebileceği belirlenmelidir.

ASM'nin fiziksel özelliklerine ait performans ve beklenti ve 1. boyut skorlarında sadece performans skorları açısından 26-35 ile 46-55 yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık vardı. Buna göre 46-55 yaş grubundakilerin performans algılaması daha yüksektir. ASM'nin fiziksel özelliklerine ait performans ve beklenti ve 1.boyut skorlarında eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılıklar vardı. En yüksek performans algılaması okur yazar olmayanlarda, en düşük performans algılaması ise okur yazar olanlarda gerçekleşmiştir. En yüksek beklenti lise mezunlarında, en düşük beklenti ise okur yazar olanlarda görülmüştür. Eğitimin toplum yaşantısını nasıl etkilediğinin iyi bir örneği olmuştur.

ASM'nin fiziksel özelliklerine ait performans, beklenti ve skorlar arasında kadın erkek müşteriler arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Kadın müşterilerin performans algılaması ve beklenen kalite skoru daha yüksektir. Fiziksel özelliklere ait performans ve skor (performans ve beklenen kalite ortalaması) konusunda meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. performans algılaması konusunda en düşük puanlama diğer meslek grubundakilerin olup olup en yüksek ortalama ev hanımı meslek grubundadır. Yine skora açısından en yüksek değer ev hanımı, en küçük değer esnaf ve zanaatkar meslek grubuna aittir. Fiziksel özellikler açısından ASM'nin kalitesi iyidir. Ancak artan eğitim düzeyiyle beraber fiziksel olanakların artırılması arzusu artmaktadır. Fiziksel şartlar standardize edilmelidir. Tüm merkezlerde şartlar aynı olmalı ve devamı sağlanmalıdır. Sağlık hizmeti verenler hizmeti bütün olarak görmeli ve bu konuda katılımcı olmaya özendirilmelidir.

Güvenilirlik boyutu ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skor -0.82 olup kalite iyi düzeyde çıkmıştır. Güvenilirlik boyutunda en yüksek performans ve beklenti algısı yüksek öğrenim görenlerde, en düşük performans ve beklenti algısı ise okur yazar olanlarda çıkmıştır. Eğitimin değeri bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Kadınların performans ve beklenti algısı erkeklere oranla daha yüksek çıkmıştır.

Beklenen kalite konusunda meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre algılanan beklenti konusunda en yüksek değer öğrenci en düşük değer esnaf ve zanaatkar olan olgulara aittir. ASM'nin güvenilirlik boyutu açısından meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre skorumda en yüksek değer ev hanımı en düşük değer çiftçi olan olgulara aittir. Bu boyut genelde hizmet alanlarca en çok önem verilen ikinci özelliştir, bu sebeple verilen hizmetin basamak basamak standartlara ulaşması, sürekli eğitimler ve bilgilendirme güvenilirliğin artmasını ve dolayısıyla müşteri memnuniyetinin artması sağlanacaktır.

Heveslilik boyutu ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skor -0.82 olup kalite iyi düzeyde çıkmıştır. En yüksek performans ve beklenti algısı 26-35 yaş arası yaş grubunda görülmüştür. En düşük performans algısı 16-25 yaş arası grupta görülmüştür. En yüksek performans algısı lise grubunda, en yüksek beklenti okur yazar olmayanlar grubunda, en düşük beklenti ve performans algısı okur yazar grubunda görülmüştür. Kadınlar erkeklerden daha yüksek bir beklenti ve performans algısı skorunda görülmüştür. Ev hanımı grubu müşterilerin heveslilik boyutu ile ilgili algılanan beklenti kalite değeri diğer meslek gruplarına göre daha fazladır. Hizmet verenleri gözleyen hastaların bu sonuçlarına dikkat edilmelidir. Eğitim düzeyinin artması ile beraber iletişim artmakta, verilen hizmetin verilış şekli önem kazanmaktadır. Hizmet verenlerin çalışma şartları ne kadar iyi olursa o kadar iyi hizmet verecekleri göz önüne alınmalıdır.

Güven Boyutu ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skor -0.72 olup kalite iyi düzeyde çıkmıştır. Personelinin bilgi ve nezaketi ile emniyet ve güven telkin edebilme kabiliyeti bu boyutta sorgulanmıştır. En yüksek beklenti 26-35 yaş grubunda, en yüksek performans 46-55 yaş grubunda, en düşük performans 55 yaş ve yukarısı, en düşük beklenti 46-55 yaş arası gupta görülmüştür. En yüksek performans ve beklenti algısı yüksek öğrenim grubunda, en düşük performans ve beklenti algısı okur yazar grubunda görülmüştür. Kadınların beklenti performans algısı erkeklere

oranla daha yüksektir. En yüksek beklenti ve performans algısı ev hanımları ve öğrenci grubunda, en düşük performans algısı çiftçide, en düşük beklenti esnaf zanaatkarda görülmüştür. Eğitim düzeyi bu konuda da arttıkça ilgi ve nezakete ihtiyaç artmıştır. Emniyet ve güven telkin edebilme kabiliyeti açısından değerlendirilen hizmet verenlerin öncelikle kendilerini emniyette hissetmeleri gerekir. Şu an geçerli olan sözleşme şartları ile hizmet verenin kendisini emniyette hissedip karşısındakine güven telkin edebilmesi güçtür. Sözleşme şartlarının yeniden değerlendirilmesi gereklidir.

Empati boyutu ile ilgili olarak tüm müşterilere ait toplam skor -0.84 olup kalite iyi düzeyde çıkmıştır. En düşük performans 55 yaş ve yukarısı, en yüksek performans 26-55 yaş grubu, en yüksek beklenti 26-35 yaş arası grup, en düşük beklenti 46-55 yaş grubu arasında görülmüştür. En yüksek beklenti ve performans algısı okur yazar olmayanlarda, en düşük performans yüksek öğrenim görenlerde, en düşük beklenti algısı okur yazar olanlarda görülmüştür. Buna göre kadın müşterilerin erkek müşterilere göre beklenen kalite puanlaması ve performans algılaması daha yüksektir. İşçi grubu müşterilerin algılanan performans kalite, ev hanımı grubu müşterilerin beklenti kalite puanları diğer meslek gruplarına göre daha yüksektir. Hizmet verenlerin hastalarına gösterdiği samimi ilgi, nezaket ve dikkat kendilerine yönetim tarafından gösterilen empati ile doğru orantılıdır. Artan eğitim düzeyi iletişimin artmasına ve hizmet alanların daha dikkatli gözlem yapmasına sebep olmaktadır. Empatinin hizmet verenlerden görülmesi eğitim düzeyi arttıkça azalmakta, beklenti ise artmaktadır. Yönetim öncelikle hem çalışanların hem de hizmet alanların bu konuyla ilgili düşüncelerini araştırmalıdır.

Araştırmaya göre başka bir hastaneyi tercih etmeyeceğini belirtenlerin performans puanlaması daha yüksektir. ASM' yi tercih etme nedenlerine göre performans puanlaması en yüksek olan kalitesi nedeniyle tercih edenlere aittir. Beklenen kalite ve skora açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Daha önce tecrübesi olup ta gelenlerin performans puanlarının kalitesi nedeniyle tercih edip te gelenlerden daha düşük olmasıdır. Kalitesi nedeniyle ASM' yi tercih edenlerin başka birisinin tavsiyesi, doktor sevki ve ASM' nin yakınlığı nedeniyle tercih edenlerin performans puanlarından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Başka bir hastaneye gitmiyorum diyenleri gidenlere oranla performans skorları daha yüksek, başka bir hastaneye cerrahi branşlar için gidenlerin performans algıları dahili branşlar için gidenlerden daha yüksek, beklenti açısından cerrahi branş için gidenlerin dahili branş için gidenlerden daha düşük beklentisi mevcut. Araştırmamız hizmet alanların ASM' lerde ne tür hizmetler alabilecekleri ile ilgili daha iyi bilgilendirilmeleri gerektiğini göstermektedir. Ne istediğini bilen hastanın ASM' den faydalanması daha kolay olacaktır.

Türkiye Aile Hekimliği modeli iyi niyetli, ülkenin özel şartlarına uyarlanmış, özenle hazırlanmış bir çalışmadır. Tüm emeği geçenlere teşekkür etmek ve gelişmesi için birlik olmak beraber çalışmak gereklidir.

KAYNAKLAR

AKDOĞAN A. (1989). *Kamu Maliyesi*, Gazi Üniversitesi, 3. Basım, Ankara.

AKDUR, R. (2000). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması* (Üçüncü Baskı). Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

AKSAKOĞLU G. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ödeme Modelleri: Ülke Örnekleri İskandinavya Örnekleri* V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.

BİÇKES, M. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, *Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi*, Yıl.39 Sayı.458, İstanbul.

BODENHEIMER T. (2009). *Grumbach, Kevin Lange* Tıp Kitapları, Adana Nobel Kitabevi, s. 3.

BULUTOĞLU K. (1988). *Kamu Ekonomisine Giriş: Devletin Ekonomik Kuramı*, Filiz Kitabevi, İstanbul.

ÇALIŞ S. (2006). *Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.

ÇİLİNGİROĞLU N. (Eserin Tarihi). *Sağlık Bakımı Piyasasının Temel Özellikleri*, <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/73065.doc>. (Erişim Tarihi).

DEVEBAKAN, N. (2005). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kalite Yönetim Temsilcisi, İzmir.

DİNÇ G. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ödeme Modelleri: Birleşik Krallık (Uk). Örneği Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.*

DİNÇ G. (2007). Birinci Basamak Sağlık Örgütlenme ve Finansman Sistemleri: Farklı Yaklaşımlar, V. *Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu* Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Manisa.

DİNÇER M. (2006). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Bileşenlerinden Aile Hekimliği Uygulamasına Dair Doktor Beklentileri ve Bir Uygulama*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

DİNLER, Z. (1998). *İktisada Giriş*, Ekin Kitabevi, Bursa, s:44.

DPT, (1963). *Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl)*. 1963–1967, Ankara.

DPT, (1967). *Kalkınma Planı (İkinci Beş Yıl)*. 1968–1973, Ankara.

DPT, (1973). *Yeni Strateji ve Kalkınma Planı–Üçüncü Beş Yıl 1973–1977*, Ankara.

DPT, (1985). *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985–1989*, Yayın No: 1974, Ankara.

DPT, (1989). *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994*, Yayınları, Yayın No: 2174, Ankara.

DPT, (1995). *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000*, Yayın ve Temsil Dairesi Başkanlığı Yayın ve Basım Şubesi Müdürlüğü, Ankara.

DPT, (2000). *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005*, Ankara.

ENGİZ, O., HAYRAN, O., SUR, H. (1997). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini, Hastane Yöneticiliği*, Ed. İstanbul.

EREN, N., ÖZTEK Z. (1993). *Sağlık Ocağı Yönetimi* 6. Baskı, Palme Yayınları, Ankara.

FAHEY P. and RYAN S. (1992). *Quality Begins and Ends with Data, Quality Progress*.

FİŞEK, N. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara.

FİŞEK, N. (1989). Türk Halkının Sağlık Düzeyi Nasıl Yükseltilebilir? *Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırma Vakfı*, Ankara.

GROSMANN M. (1982). *Government and Health Outcomes, The American Economic Review*, Vol. 72, No. 2, (1982). 191-195.

GÜNAL M. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

HAYRAN, O., SUR H. (1996). *Hastane Yöneticiliği*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

HAYRAN,O., SUR, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul.

HOLTHOF B. (1991). *Total Quality in Acute Care Hospitals, Health Policy*, 18, Elsevier Science Publishers B.V.

KARA A., LONIAL S., TARIM M., ZAİM S. (2005). *A paradox of service quality in Turkey* Article Vol.17 (No:1, January 2005). 5-20: www.fatih.edu.tr/~nikov/publ/MEHOS-Nikov.pdf.

KARABULUT K., Yapraklı, S. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi–Erzurum’da Bir Uygulama-,*iktisadi ve idari Bilimler Dergisi*, Cilt.15, Mart 2001, Sayı 1-2, s.118.

KARADAĞ Z. (2007). *Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

KAVUNCUBASI S. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara.

KAVUNCUBASI S. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara.

KAVUNCUBASI Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*,: Siyasal Kitabevi, Ankara.

KAVUNCUBAŞI Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.

KILIÇ B. (2007). Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri (ABD ve Almanya Örnekleri). *V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu*, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.

KLARMAN H. E., (1970). *The Economics of Health*, Columbia University Pres, New York.

KORUKLUOĞLU S., ve diğerleri, (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

KORUKLUOĞLU S. (2004). *Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri, Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Toplantısı*'na sunulan bildiri, 23–26 Nisan 2004. Afyon.

KURTULMUS, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane yönetimi Değişim Dinamikleri* Yayını. İstanbul.

LEFTWICH R. H., SHARP. M. A. (1974). *Economic of Social Issues, Business Publications, Inc, Texas.*

MİLLS A. and GILSON L. (1988). *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*, EPC Publication, No. 17, London,.

MORTAN K. ve TOKGÖZ T. (1984). *Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi*, Ankara.

ODABASI, Y. (2004). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir.

ODABAŞI, Y. (2004). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir.

ÖNDER A. BİRGÜL E. ve diğerleri, (1996). *Aile Hekimliği – II*, Cep Üniversitesi, İletişim Yayınları, İstanbul.

ÖZDEMİR O., OCAKTAN E., ve AKDUR R. (2003). *Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 56, Sayı 4, 207-216.

ÖZKARA Y., (2006). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,.

ÖZSOY, H. İ. (2001). Sağlıkta Değişim Rüzgârları, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı: 40,; 1107-1109.

ÖZTÜRK, M. M., (2002). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirmesine Yönelik Pilot Bir Araştırma* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.

PARASUMAN A., ZEİTHAML V., BERRY L.L.. A., (1985). *Conceptual Model of Service Quality and It’s implications for Future*, *Journel of Marketing*, Vo: 49,(Fall,).41-50.

PEKCAN H., UĞURLUOĞLU Ö. (2001). Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri, Aile Hekimliği, *Yeni Türkiye*, Yıl 7, Sayı: 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran 2001, s. 841.

PESKİROĞLU, N. (1994). Toplam Kalite Yönetimi ve İSO 9000 Standartları, *Verimlilik Dergisi*, Ankara.

Resmi Gazete, (1961). Tarih 20.07.1961, Sayı 10859 *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*, Kanun No:334.

Resmi Gazete, (1978). Tarih 31.08.1978, Sayı 16393, *Dördüncü Beş yıllık Plan Hedef ve Stratejisi*.

Resmi Gazete, (1982). Tarih 09.11.1982 Sayı 17863 *Mükerrer Resmi Gazete, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*, Kanun No:2709.

Resmi Gazete, (1983). Tarih:14.12.1983 Sayı 18251 *Mükerrer Resmi Gazete, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*.

Resmi Gazete, (1987). Tarih: 15.05.1987 Sayı 19461, 3359 Sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*.

Resmi Gazete, (1990). Tarih 07.10.1990 Sayı 20658 *Türkiye Cumhuriyeti ile Uluslar arası İmar ve Kalkınma Bankası Arasında Akdedilen Sağlık Projesi İkraz Anlaşması* İkraz No:3057 TU.

Resmi Gazete, (1992). Tarih:03.07.1992 Sayı 21273 3816 Sayılı *Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun*.

Resmi Gazete, (1994). Tarih 22.12.1994 Sayı 22149 *Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası arasında İkraz Anlaşması, (İkinci Sağlık Projesi)*. İkraz No:3802 TU.

Resmi Gazete, (1997). Tarih 17.12.1997 Sayı 23203 *Türkiye Cumhuriyeti ve Uluslar arası İmar ve Kalkınma Bankası arasında İkraz Anlaşması*, (Temel Sağlık Hizmetleri Projesi). İkraz No:4201 TU.

Resmi Gazete, (2001). Tarih:22.03.2001 Sayı 24350, 2001 *Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı* (Seri No: 7). Tedavi Yardımı.

Resmi Gazete, (2002a). Tarih 17.01.2002 Sayı 24643 *CE Uygunluk İşaretinin Ürüne İliştirilmesine ve Kullanılmasına Dair Yönetmelik*.

Resmi Gazete, (2002b). Tarih 12.03.2002 Sayı 24693 *Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbî Cihazlar Yönetmeliği*.

Resmi Gazete, (2002c). Tarih 13.03.2002 Sayı 24694 *Tıbbî Cihaz Yönetmeliği*.

Resmi Gazete, (2002d). Tarih:15.02.2002 Sayı 24672 Mükerrer, 2002 *Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı* (Seri No: 10). (Tedavi Yardımı).

Resmi Gazete, (2003). Tarih 01.02.2003 Sayı 25011, 2003 *Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı* (Seri No: 3). (Tedavi Yardımı).

Resmi Gazete, (2004a). Tarih: 09.12.2004 Sayı 25665, 5258 *Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında*.

Resmi Gazete, (2004b). Tarih 11.02.2004 Sayı 25370, *Bütçe Uygulama Talimatı* (Sıra No:4). Tedavi Yardımı.

Resmi Gazete, (2005a). Tarih:19.01.2005 Sayı 25705 Mükerrer Resmi Gazete 5283 Sayılı *Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığınca Devredilmesine Dair Kanun*.

Resmi Gazete, (2005b). Tarih: 06.07.2005 Sayı 25867 *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik*.

Resmi Gazete, (2005c). Tarih:12.08.2005 Sayı 25904 *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik.*

Resmi Gazete, (2005d). Tarih 15.03.2005 Sayı 25756 *Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No:6). (Tedavi Yardımı).*

Resmi Gazete, (2006a). Tarih: 27.06.2006 ve Sayı 26611 *Bakanlar Kurulu Kararı, Karar Sayısı: 2006/10534.*

Resmi Gazete, (2006b). Tarih:01.07.2006 ve Sayı 26215 Mükerrer Resmi Gazete, *Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013).*

Resmi Gazete, (2006c). Tarih:20.05.2006 Sayı 26173 5502 *Sayıli Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu.*

Resmi Gazete, (2006d). Tarih 16.06.2006 Sayı 26200 5510 *Sayıli Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.*

Resmi Gazete, (2006e). Tarih 29.04.2006 Sayı 26153 *Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 6).*

Resmi Gazete, (2006f). Tarih 01.07.2006 Sayı 26215 *Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8).*

Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi, *2003 Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi, (2004). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Birinci Fazına Destek Sağlıkta.*

Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi, *Dönüşüm Projesi Proje İşletim Kılavuzu*, Bölüm-I, Ankara,.

Sağlık Bakanlığı SPGK, (1993). Ulusal Sağlık Politikası Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (1992a). *1.Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları*, 23-27 Mart 1992, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (1992b). *T.B.M.M.'ne sunulmak üzere hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (1992c). *Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Görüş ve Öneriler*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (1993). *Çalışma Grupları Raporları*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (1994). *2.Ulusal Sağlık Kongresi*, 12-16 Nisan, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (1998). *Kişisel Sağlık Sigortası sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2002). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl*, Mayıs 1999- Mayıs 2002, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2005). *Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge*, Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (1973). *Sağlık İstatistik ve Sağlık Propagandası Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, Yayın No:422, Ankara.

SARIKAYA N. (2004). Servis Sistemlerinde Kalitenin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesinde DEA Modeli XXIV Ulusal Kongresi.

SENER O. (2001). *Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi*, Kadir Has Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., Yedinci Baskı, Heybeliada, İstanbul.

SERİN İ. (2001). *Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye Uygulanabilirliği*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

SERİN N. ve ÇAKICI L. (1990). *Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği*, Ankara.

SEYRAN D. (2004). *Hizmet Kalitesi*, İstanbul, Kalder Yayınları.

SLEE, V. N. (1991). *Quality Management Assurance*, Journal of Nursing Administration, 21 (5).

SMITH B.A. (1993). Genel Sağlık Sigortası Uluslararası Deneyimden Çıkarılan Dersler, H.Ü. *Sağlık Deresi Dergisi*, Cilt. 2, (1993). 9.

SOMERS H. M., (1973). *Economic Issues in Health Services*, Neil W. Chamberlain, Contemporary Economic Issues, Richard D. Irwin, Inc.

TANRIKULU, S. (2004). Sağlıkta Kalite Seçim Değil, Zorluluktur, *Standard ve Ekonomik Teknik, Dergisi*, Yıl.43, Sayı.505, _İstanbul.

TAŞKIRAN M. (2007). *Gülsün. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara,.

TOKAT M. ve KISAER H. (1991). *Hastanelerde Maliyet-Etkinlik ve Performans Analizi*, MPM Yayınları, No. 455, Ankara.

Türk Tabipler Birliği, (2001). *Mevzuat, Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için*, Ankara.

UYGUÇ N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi*, Dokuz Eylül Yayınları, İzmir.

ÜNER, R. FİŞEK N. (1961). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, Yayın No:256, Ankara.

YEĞİNBOY E.Y., YEĞİNBOY A.E., (1993). *Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergelerinin Türkiye Açısından İrdelenmesi*, Doğruluk Matbaacılık, İzmir

YEĞİNBOY E.Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, Doğruluk Matbaacılık, İzmir

YILDIZ Z. (1996). Sağlık hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri, *Verimlilik Dergisi*, MPM Yayını, 84.

ZORLUTUNA Y. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ekonomi Yönetiminde Kalite Tebliğler ve Özgeçmişler, 6. *Ulusal Kalite Kongresi*.

EKLER

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AİLE HEKİMLİĞİ HİZMET SÖZLEŞMESİ

- 1- T.C. Sağlık Bakanlığı adına (il adı).....(**Vali veya yetkilendireceği mercii**). ilearasında, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanununun 3.Maddesi uyarınca aşağıdaki şartlarda sözleşme imzalanmıştır. Sözleşmede geçen "**Kurum**" Sağlık Bakanlığını,"**İlgili**" sözleşmeyi imzalayan Aile Hekimini,"**sözleşme**" bu hizmet sözleşmesini,"**Yönetmelik**" ise 27.06.2005 tarih ve 2005/9142 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı eki "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmeliği" ifade eder.
- 2-İlgili, kurumca belirlenen Aile Hekimliği çalışma bölgesinde, yürürlükteki Kanun, Yönetmelik, Genelge ve verilecek talimatlara, hasta hakları, mesleki ve genel **etik** kurallara uygun olarak Aile Hekimi görevini sözleşme süresince kabul eder.
- 3-İlgili, bu görevi dışında, bilimsel faaliyetler hariç olmak üzere mesleğinin icrasından menfaat temin edemez. Hizmet akdi suretiyle veya esnaf veya tacir sayılmayı gerektiren herhangi bir faaliyette bulunamaz. İlgiliye, Aile Hekimliği ile nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri görevler dışında başka görev verilemez veya ilgili başka bir Kurumda görevlendirilemez.
- 4-Çalışma saatleri ve izinler konusunda Yönetmelik Hükümleri uygulanır. Sözleşme döneminde kullanılmayan yıllık izin ve mazeret izni müteakip sözleşme dönemine devredilmez. İlgili, İcapçı ve aktif nöbet uygulamaları, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetlerde çalışma saatleri dışında veya tatil günlerinde çalıştırılabilir. Bu hizmetlerin gerektirdiği haller dışında yıllık izin tarihleri aile hekimince belirlenir.
- 5-İlgiliye yapılacak ödemeler ve kesintilerde Yönetmelik Hükümleri uygulanır. Bunun dışında herhangi bir ad altında başka bir ödeme yapılamaz.
- 6-İlgili, askerlik, doğum, emeklilik ve diğer hallerde 2 ay önceden bildirmek kaydıyla sözleşmenin sona erdirilmesini talep edebilir. Bu süreyi doldurmadan görev yerini terk eden bir yıl süre ile aile hekimi olamaz.
Askerlik nedeni ile sözleşmesini usulünce sona erdirenler terhis tarihinden itibaren bir ay, doğum nedeni ile sözleşmesini usulünce sona erdirenler doğum nedeni ile kullandığı ücretli izin süresinin bitimi tarihinden başlayan bir yıllık süre içerisinde müracaatları üzerine, ayrılmadan önceki çalıştıkları ilde, ilk boşalan Aile Hekimliğine sıralama dışı başlatılırlar.
- 7-İlgilinin, Aile Hekimi olmadan önceki sosyal güvenlik **kurumu** ilişkisi devam eder. Ancak her türlü pirim, kesenek ve kurum karşılıkları sözleşme ücretlerinden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Sözleşmeli personel emekli sandığına tabii bir görevde iken kurumundan ücretsiz izinli sayılması halinde, ilgilinin tedavi gideri Sağlık Bakanlığınca karşılanır.
- 8-İlgili hakkında 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzlukla Mücadele Kanunu ve 4483 sayılı Memurlar ve diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanun Hükümleri uygulanır.
- 9-İlgili tarafından kuruma verilen zararlar tazmin ettirilir ve görevi esnasında veya görevi ile ilgili olarak üçüncü şahıslara verilen zararlar neticesi bu kişilere Kurumca yapılmak zorunda kalan **ödemeler** genel hükümler içerisinde ilgiliye rücu edilir.
- 10-İlgili, görevi sırasında edindiği gizli bilgileri, görevinden ayrılrsa dahi Kurumun yazılı izni olmadan açıklayamaz.
- 11-Bu sözleşmede hüküm bulunmayan hallerde, Kanun ve Yönetmelik Hükümleri uygulanır.
- 12-Sözleşmenin gerektirdiği damga vergisi ilgili tarafından, diğer resim, harç ve benzeri giderler kurumca karşılanır.
- 13-Sözleşmenin süresi mali yıl ile sınırlı olup, bu sözleşme tarihinden itibaren tarihine kadar geçerlidir.

AİLE HEKİMİ
Adı Soyadı:
Görev Yeri:
Adresi:
(imza-tarih)

KURUM YETKİLİSİ
Adı-Soyadı:
Görevi: İl Valisi
(imza-tarih)

Sayın Katılımcı;

Elinizdeki anket bölgenizdeki Aile Sağlığı Merkezinin çalışmaları ile ilgili olarak sizlerin düşüncelerini öğrenmek amacı ile hazırlanmıştır. Her soruda belirtilen özelliğe ne kadar katıldığınızı ve bu özelliğin sizin için ne kadar önemli olduğu araştırılmaktadır. 1' i işaretlemeniz, Aile Sağlığı Merkezinin bahsedilen özelliğe sahip olduğu düşüncesine kesinlikle katılmadığınızı veya bu özelliğin sizin için çok az önemli olduğu anlamına gelmektedir. Katılma düzeyiniz ya da konuya verdiğiniz öneme göre 1: Kesinlikle Katılmıyorum ile 5: Kesinlikle Katılıyorum arasında 1-2-3-4-5 ölçeğinde değerlendirme yapınız. Vereceğiniz yanıtlara göre sunulan hizmetin değerlendirilip geliştirilmesi hedeflendiğinden katılımınız için teşekkür ederiz.

Teoman Sabri Saraçlı

1. Cinsiyetiniz: Bayan Bay
2. Yaşınız: 16-25 26-35 36-45 46-55 55 ve üstü
3. Eğitim Durumunuz:
- Okur yazar değil Okur yazar İlköğretim Lise Yüksek Öğrenim
4. Mesleğiniz: Esnaf ve Zanaatkar İşçi Öğrenci
- Emekli Ev Hanımı Çiftçi
- Diğer (belirtiniz)

	Sizin İçin Önem Derecesi (Beklentiniz)	ASM Hizmetlerinden Tatmin Düzeyiniz (Performansı)
Bölgenizdeki ASM modern bir dış görünüme sahiptir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □□□□□	PERFORMANS 1 2 3 4 5 □□□□□
Bölgenizdeki ASM modern ekipmanlara sahiptir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □□□□□	PERFORMANS 1 2 3 4 5 □□□□□
Bölgenizdeki ASM' nin hasta bekleme salonu uygun konfordadır.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □□□□□	PERFORMANS 1 2 3 4 5 □□□□□
Bölgenizdeki ASM' nin doktorları her zaman göze hoş görünür ve düzgün giyimlidir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □□□□□	PERFORMANS 1 2 3 4 5 □□□□□

Bölgemizdeki ASM' nin personeli her zaman göze hoş görünür ve düzgün giyimlidir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' nin hasta kayıtları düzgün ve güvenilirdir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM bir hizmeti yerine getirmeye söz verdiğinde bunu yerine getirir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM, sorunun olduğunda sorunumu çözmek için her zaman yakın ilgi gösterir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM şikayetlerimi önemser ve değerlendirir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM beni, verdiği hizmetler konusunda zamanında tam olarak bilgilendirir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM çalışanları hastalara daima yardımcı olmaya çalışır.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM çalışanları hastaların isteklerine cevap vermek için her zaman hazırdırlar.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM doktorlarının davranışları güven vericidir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM personelinin davranışları güven vericidir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM çalışanları, hastalara her zaman nazik ve saygılıdır.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' nin doktorları, hastaların anlayabileceği dilde konuşur.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' nin doktorları, kendi alanlarında yeterli bilgi ve deneyime sahiptir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □

Bölgemizdeki ASM'de kendimi güvende hissedirim.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' de aldığım tedavilerin hastalığının iyileşmesine katkısı olacağına inanıyorum.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' deki doktorların hastalığımı iyileştirmeye yeterli olacak bilgi ve tecrübeye sahip olduğunu düşünüyorum.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' deki doktorlar her hastaya eşit biçimde davranırlar.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM personeli daima hızlı hizmet sunar.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' nin çaişme saatleri hastalara uygun biçimde düzenlenmiştir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' nin sağlık hizmetleri yeterli ve modernidir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' nin doktorları her hastaya kişisel ilgi gösterir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM hasta haklarına yeterli özeni gösterir.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
BölgemizdekiASM içindeki olanaklar (tuvalet, emzirme odası, vb.) hasta ihtiyaçlarına cevap veriyor.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' deki hizmetler güvenli ve hızlı sunulur.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM' nin personeli sorunlarımı çözmemde yardımcı olur.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □
Bölgemizdeki ASM personelini güler yüzlü ve samimi buluyorum.	BEKLENTİM 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □	PERFORMANSI 1 2 3 4 5 □ □ □ □ □

Bölgenizdeki ASM dışında özel hastane veya devlet hastanesine gidiyor musunuz?	Evet	Hayır
Gidiyorsanız hangi konu ve alanda olduğunu belirtiniz.		
Tekrar ASM'ye gelmem gerekseydi yine bu ASM'yi tercih ederim.	Evet	Hayır
Bu ASM'yi tercih etmemdeki en etkili faktör.	Önceki Tecrübem	Tavsiye
	doktor sevki	Kalitesi
	Yeri (Yakınlığı vb.)	Diğer