

PAPER DETAILS

TITLE: Adana Sehir Hastanesi'nde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Arastirma

AUTHORS: Emre SARCAN,Gölbiye YENIMAHALLELI YASAR

PAGES: 177-196

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2079058>

Araştırma Makalesi

Adana Şehir Hastanesi'nde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma*

A Study on Patient Satisfaction in Adana City Hospital

Emre SARCAN¹, Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR²

Öz

Hukuki, teknik ve finansman konuları ile karmaşık bir sözleşme yapısına sahip Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) finansman modeli; riskleri, etkileri ve sonuçları bakımından ilgi uyandıran bir alan haline gelmiştir. Bu çalışmada gelecek 25 yılın sağlık politikası üzerinde ciddi etkileri olacağı düşünülen KÖİ finansman modeli ile hayata geçirilen Adana Şehir Hastanesi kliniklerinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini 19-26 Mart 2018 tarihleri arasında yatarak tedavi görmekte olan 1300 hasta, örneklemini ise 253 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak hasta memnuniyeti ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS (PASW) 24.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma sonucunda hastaların genel memnuniyet düzeylerinin tüm boyutlarda yüksek olduğu tespit edilmiştir (3,93±0,71). Hasta memnuniyet düzeyleri ile demografik özellikler arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadın hastalar, 60 yaş ve üstü hastalar, eğitim düzeyi okuryazar durumunda olan hastalar ve mesleği ev hanımı olan hastalar, genel memnuniyet düzeyi ortalamasının en yüksek olduğu gruplardır. Hastaların memnuniyet düzeylerini yükselten başlıca hizmetlerin temizlik, yemek, güvenlik ve acil servis hizmetleri ile personel davranışları olduğu belirlenmiştir. KÖİ finansman modelinin finansman, hukuk, işletme, maliyet, yönetim ve organizasyon boyutlarındaki etkilerinin incelenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Kamu Özel İşbirliği, Sağlık Politikası, Şehir Hastaneleri

JEL Kodları: I10, I30, L78, L88, M10.

Abstract

The Public Private Partnership (PPP) financing model has become an area of interest in terms of risks, impacts and consequences which has a complex contract structure with legal, technical and financing issues. The study aims to measure the patient satisfaction of inpatients in Adana City Hospital, implemented with the PPP financing model, thought to have serious impacts on health policy for the next 25 years. The population of the study consisted of 1300 inpatient that was treated between the dates of 19-26 March 2018, and sample of the study was 253 inpatients. The patient satisfaction questionnaire has been used as a data collection tool. Data were analysed by using SPSS (PASW) 24.0 software. It has been found that the overall satisfaction level of the patients is high in all dimensions (3,93±0,71). It has been found that there has been a relationship between patient satisfaction levels and demographic characteristics. Female patients, patients aged 60 and over, patients with literate education level and patients who are housewives by profession are the groups with the highest average general satisfaction level. It has been determined that the main services that increase the satisfaction levels of the patients are cleaning, food, security and emergency services and personnel behaviours. It is recommended to examine the effects of the PPP financing model on the dimensions of finance, law, business, cost, management and organization.

Key Words: City Hospitals, Health Policy, Patient Satisfaction, Public Private Partnership.

JEL Codes: I10, I30, L78, L88, M10.

* Bu çalışma, Emre Sarcan'ın Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim dalında Prof. Dr. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar danışmanlığında hazırladığı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

¹ Doktora Öğrencisi (Bilim Uzmanı), Marmara Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, esarcan@eximbank.gov.tr, ORCID ID: 0000-0002-3247-7378

² Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gulbiyey@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-8617-7162

Giriş

Topluma eğitim, sağlık, ulaşım, haberleşme ve barınma gibi hizmetlerin sunumu, modern devlette tanık olunan ortak uygulamalardan bazılarıdır. Bu hizmetler II. Dünya Savaşı ile 1970’lerin sonuna kadar devam eden refah devleti döneminde “*kamu hizmeti*” olarak tanımlanmış (Gülan, 1988: 148) ve kamusal bütçeden ayrılan kaynaklarla finanse veya sübvans edilmiştir. Ancak 1970’li yılların sonlarında dünya çapında piyasa egemenliğinin yeniden yaygınlaşmaya başlaması ile kamusal hizmetlerde önemli düzeyde özelleştirme ve metalaştırma uygulamaları gündeme gelmiştir. Neoliberal kapitalizm dönemi olarak adlandırılan bu dönemde kimi alanlarda sadece kamu hizmet sunumunun özelleştirilmesi yoluna başvurulmamış, aynı zamanda yeni finansman modelleri ile birlikte kamu hizmetini sunma görevi belirli süreliğine özel sektöre devredilmiştir (Karahanoğulları, 2012: 95). Bu dönemde, kamu sağlık hizmet sunumu ve finansmanı da özelleştirmeler ve ticarileştirmelerden nasibini almıştır (Mooney, 2014). Türkiye’de son yıllarda kamu özel işbirliği yaklaşımıyla inşa edilen şehir hastaneleri özelleştirme ve ticarileştirmelerin en tipik örneklerinden biridir (Pala, 2018).

Kapitalizmin neoliberal evresinde sermayenin tam hareket serbestisi kazanması ile emek gücünü üretim sürecine hazırlamakla yükümlü olan refah devleti var oluş amacını yitirmiştir. Bu bağlamda özverili ve kolektif normlarla hareket eden yurttaşlık, sorumluluk ve haklar anlamında oldukça dar bir alana hapsolarak ücretli emek arzı ve tüketicilikle sınırlanmıştır. Bu dönemin tüketiciliği; ihtiyaçlara ek olarak arzulara da hitap eden ve bu nedenle arzuların tatminine dayanan bir tüketimcilik olarak öne çıkmıştır. Bu doğrultuda yurttaşların hak ve ihtiyaçları değil, bireyselleştirici ve açgözlü niteliğe sahip tüketicilerin memnuniyetleri ön plana çıkmıştır. Bu çerçevede kamusal hizmetlerin tüketici memnuniyetine göre nasıl üretilmesi gerektiğini tarif eden oldukça geniş bir kamu yönetimi literatürü doğmuştur (Dönmez Atbaşı, 2014). Bu gelişmeler paralelinde kamusal bir hizmet üretim alanı olan sağlıkta da bir tüketici memnuniyet endeksi olarak adlandırılabilir “hasta memnuniyeti” kavramı ortaya çıkmıştır (Aka vd., 2012; Öcek, 2014).

Dünya genelinde sağlık hizmetlerinde yaşanan özelleştirme ve ticarileştirme yönlü dönüşümün etkileri Türkiye’de 1980’lerden sonra daha yoğun biçimde olmakla birlikte, 2003 tarihli Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile tam anlamıyla uygulama olanağı bulmuştur (Yenimahalleli Yaşar, 2017). Koruyucu sağlık hizmet anlayışından tedavi edici sağlık hizmet anlayışına gidilen bu süreçte, devletin doğrudan sağlık hizmeti sunması yerine sağlık hizmetlerinde denetleyici ve düzenleyici bir görev üstlendiği gözlenmektedir. Temel paradigma sağlık hizmet sunumunun, finansmanının ve sağlık emek gücü istihdamının mümkün olduğu ölçüde bireysel sorumluluğu ön plana çıkaran piyasanın ellerine bırakılması olmuştur (Yenimahalleli Yaşar vd., 2015, Yenimahalleli Yaşar, 2017). Sağlık alanında yaşanan bu dönüşüm hizmet sunumunda verimlilik, etkililik, memnuniyet ve performans artışı gibi kriterlerin sağlanması amacıyla desteklenmiştir (Kablay, 2014; Hamzaoğlu, 2017: 34).

Türkiye’de SDP’nin son aşamasında yap-kirala-devret adı verilen yeni bir kamu özel işbirliği (KÖİ) finansman modeli çerçevesinde “*Entegre Sağlık Kampüsleri*” - “*Şehir Hastaneleri*” yatırımları gerçekleştirilmektedir. Projelerin yatırım tutarlarının büyüklüğü, sözleşme süreleri, sağlık kurumlarındaki yatak sayıları ve modelin işleyişi itibarıyla şehir hastaneleri önemli tartışmalara konu olmakta (Pala, 2018) ve bu gerekçelerle bir araştırma konusu olarak ön plana çıkmaktadır. Ayrıca bu büyük yatırımlardan duyulan memnuniyet düzeyi, sağlık yöneticileri ve politika yapımcılar tarafından merak edilmektedir. Bu kapsamda çalışmanın amacı, Adana Şehir Hastanesi’nin yataklı servislerinde sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesidir. Araştırma çerçevesinde hastaların memnuniyet düzeyleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişki de incelenmiştir.

1. Şehir Hastaneleri

KÖİ, devletin sunmakla görevli olduğu bir kamu hizmetinin, finansman maliyeti, risk ve bürokratik yapı gibi çeşitli gerekçeler öne sürülerek, bir veya birden fazla özel şirkete (konsorsiyum), uzun süreli bir sözleşme aracılığıyla devredildiği bir finansman, yatırım ve hizmet sunum modelidir. Kalkınma Bakanlığı’nın 2018 yılında yayımladığı raporda KÖİ, “*bir sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında dengeli bir şekilde paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesi*” olarak tanımlanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018: vii). KÖİ finansman modelinin kamu idareleri, proje şirketleri, finans kurumları, sigorta şirketleri ve danışmanlardan oluşan çok taraflı yapısı, modelin uygulandığı projeleri ve özelliklerini araştırma konusu yapmaktadır.

KÖİ’nin özellikleri Delmon (2011: 13) tarafından; verimlilik, risk paylaşımı, yaygın kullanım, uzun süreli hizmet sunumu, şeffaflık, teknoloji, yenilik ve know-how aktarımı ile finansmana ulaşımdaki kolaylık olarak sıralanmaktadır. Yalçın (2016), KÖİ’nin özelliklerini; verimlilik, uzun süreli sözleşmelerin varlığı, modele konu taraf sayısı, klasik kamu alım yöntemlerinden farklı oluşu, risk paylaşımı ve özel sektörün aktif katılımı olarak belirtmektedir. Modelin özellikleri itibarıyla gerek özelleştirme uygulamasından gerekse de geleneksel kamu hizmetlerinin gördürülme usulleri olan emanet, müşterek emanet, iltizam, imtiyaz ve ruhsat usullerinden farklı olduğu değerlendirilmektedir. Ayrıca KÖİ finansman modelinin uygulandığı projeler, geleneksel alım yöntemlerinden farklı bir işleyiş sürecine sahiptir. Kamu idarelerinin 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu çerçevesindeki alım ihalelerinde mal, hizmet ve danışmanlık hizmetleri alındıktan sonra firmaya hak ediş ödenirken, KÖİ finansman modelinin uygulandığı her bir projede firmaların elde ettiği gelirler ile gelirin elde edilme usulü uygulama sözleşmelerinde netleştirilmektedir.

Türkiye’de KÖİ finansman modeli çerçevesinde yapılan sağlık yerleşkelerine ilişkin iş ve işlemler Sağlık Bakanlığı’na bağlı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü’nce yürütülmektedir. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı Şehir Hastaneleri Koordinasyon Dairesi ise şehir hastaneleri projelerine ilişkin koordinasyonu sağlamakla görevlidir.

Şehir hastanelerinin işletme dönemlerinin 25 yıl olduğu dikkate alındığında sözleşme süresince devam eden projelerin takibinin ve denetiminin önemi ortaya çıkmaktadır. KÖİ finansman modelinin uzun vadeli sözleşmeler içermesini kamu kesimi açısından inceleyen Karahanoğulları (2012: 122), modelin kamu otoritelerinin planlama becerisini kısıtladığını ve uzun vadede maliyetli bir model olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca proje şirketlerine yapılan düzenli kira, hizmet vb. ödemelerin bütçe esnekliğini azalttığı da ileri sürülmektedir (Şenel Tekin, 2010: 21, Karahanoğulları, 2012: 122). Bütçe esnekliğinin azalması ise, kamu bütçesinin dönemsel koşullara göre yeniden ayarlanabilme imkânını azaltmaktadır.

Sayılan işlerin karşılığında proje şirketi, sağlık yerleşkesini inşa edip yerleşke içerisindeki ticari alan işletmelerinden, tıbbi destek hizmetleri ile destek hizmetlerinin sunumundan gelir sağlamak ve Sağlık Bakanlığı’ndan belli dönemlerde kira ödemesi alarak yapmış olduğu yatırımı finanse etmektedir (Pala, 2018: 10). Şehir hastanelerinde, Sağlık Bakanlığı’nın asli görevi ise çekirdek (temel) sağlık hizmetlerinin sunumudur (Karasu, 2011: 226). Bu çerçevede Türkiye’deki modelde şehir hastanesi, kamu tarafından bedelsiz olarak verilen bir araziye özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete uzun süreliğine (25 yıl) kiraya verilmekte, devlet de hem şirketlere kira ödemekte hem de ‘çekirdek hizmet’ dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmektedir (Yenimahalleli Yaşar ve Pala, 2020).

KÖİ finansman modelinin sağlık alanındaki projelerde uygulanmasının çeşitli dezavantajları ve eksiklikleri olduğu tartışılmaktadır. Projelerin mevcut hastanelerden çok daha büyük olması, hastane projelerinde maliyet kıstasının göz ardı edildiği eleştirisini beraberinde getirmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından projeyi üstlenen şirkete işletme dönemi boyunca yapılacak olan düzenli kira ödemeleri bu kapsamda değerlendirilebilir. Projeyi üstlenen şirketlere verildiği iddia edilen talep ve hazine garantileri bu eleştiriye haklı kılmaktadır (Pala, 2018).

KÖİ finansman modeline getirilen eleştirilerden bir diğeri, projeye ilişkin sözleşmelerin 25-30 yıl gibi uzun sürelerle yayılması, sözleşmelerin özel hukuk hükümlerine tabi olması nedeniyle kamuoyu ile paylaşılmaması ve mevcut hükümetten sonra gelecek yeni hükümetler açısından riskli bir alan oluşturmastır. Gelecek dönemde siyasilerin devlet bütçesini kontrol etme ve yeni yatırımlara yönlendirme imkân ve kabiliyetlerinin sınırlandırılacağı bu görüşü desteklemektedir. Gerçekten de uzun yıllar boyunca kamunun özel sektöre her bir hastane için yıllık kira ödemesi yapacağı düşünüldüğünde, sağlık politikasını değiştirmek veya yeni bir uygulamayı deneme olasılığının hükümetler açısından azalacağı ortadadır. KÖİ projelerinin yatırım dönemlerinde bütçe kalemlerine tabi olmaması (bilanço dışılık) ise mevcut hükümetleri bu modeli uygulamaya yönelten bir unsur olarak gösterilebilir (Karahanoğulları, 2012: 113).

Şehir hastanesi projelerinde birçok hizmetin özel sektöre devri çeşitli nedenlerle eleştirilmektedir. Özel sektöre devredilecek hizmetler şu şekilde sıralanmaktadır; tıbbi destek hizmetleri ile bilgi işlem, hasta danışmanlığı, sterilizasyon, çamaşırhane, temizlik, güvenlik, yemekhane, arşivleme, ısıtma, asansör, ambulans hizmetleri (Erbaş vd., 2012: 17). Bu hizmetlerin özel sektöre devri ile hastanenin her birimi yalnızca kendi alanında uzmanlaşacak, taşeron sistemi yaygınlaşacak ve hizmet verilmesi değil işin görülmesi ana hedef olarak belirlenecektir. Bu durumda hastane adeta kendi kendine yabancılaşacaktır (Karasu, 2011: 256). Öte yandan, laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinin özel sektöre devriyle gereksiz kullanım sayısının da artacağı ileri sürülebilecektir. Bu kapsamda özel sektör ve hekim ilişkisinin etik boyutları itibarıyla ne şekilde dezavantajlarının olabileceği öngörülememektedir. Erkan (2019: 22), hastane yönetimlerinin döner sermaye gelirini artırmak istediklerini dolayısıyla gereksiz tetkik ve tedaviler ile hasta sayısını artırmaya çalıştıklarını ifade etmektedir. Bunun sonucunda sağlık çalışanlarının hastalara ayırdığı süre kısalmaktadır. Bu noktada şehir hastanelerinde çalışan sağlık personeli sayısının yeterli sayıda olup olmadığı da sorgulanabilecektir.

Şehir hastanesi projelerinde, mevcut hastanelerin, arazisi hazine tarafından verilen şehir hastanelerine taşınması öngörülmektedir. Ancak bu husus önceden açıklığa kavuşturulmamaktadır. Hangi hastanelerin taşınacağı veya kapatılacağı konusu ile mevcuttaki hastanelerin arazi ve binalarına ne olacağı hususu da kamuoyu tarafından bilinmemektedir (Erbaş vd., 2012: 19). Hastanelerin genellikle şehrin yeni gelişen uzak bölgelerine yapılması, tıbbi sekreterlerin olmaması, hastanelerin büyüklüğü ve hastane içi ulaşım ile otoparkların ücretli olması gibi unsurlar da şehir hastaneleri projelerine getirilen eleştiriler arasındadır (Gökkaya vd., 2018: 146, Erkan, 2019: 20). Ankara Şehir Hastanesi bu durumu en iyi açıklayan örnektir. Ankara Şehir Hastanesi açılana kadar birçok farklı zamanda biri dışında diğerleri merkezde yer alan yedi devlet hastanesinin hangisinin kapatılarak şehir hastanesine taşınacağı ile ilgili yeni kararlar açıklanmıştır. Ayrıca Ankara Şehir Hastanesi’nin orta-üst gelir grubunun yaşadığı ve kent merkezine görece uzak batı bölgesine yapılması ile yoğunluklu olarak alt-gelir grubunu barındıran doğu bölgesinde yaşayan yurttaşların kamu sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz yönde etkilenmiştir. Bu durum başvuruların bölgedeki tek kamu hastanesi olan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne yoğunlaşmasına neden olarak hastanenin yükünü de önemli oranda artırmıştır. Bazı yurttaşları da seçeneksiz bırakarak özel hastanelere başvuruyu teşvik eder olmuştur.

Türkiye’de 2017 yılı itibarıyla yaklaşık 12 milyar dolarlık sözleşme değeri ve 42 bine yakın yatak kapasitesine sahip 30 şehir hastanesinin KÖİ finansman yöntemiyle yapılması söz konusudur. İlk ihale 2011 yılında yapılmasına rağmen ilk hastane ancak 2017 yılının sonlarına doğru açılabilmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü web sitesinde 2020 yılı sonuna kadar 17.842 yatak kapasitesine sahip 13 şehir hastanesinin hizmete girdiği, 2021 yılı sonuna kadar 9.379 yatak kapasiteli 5 hastanenin daha hizmete gireceği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Sağlık Bakanlığı 2020 yılı itibarıyla şehir hastanelerine 5,5 milyar TL kira, 3,2 milyar TL hizmet bedeli ödemesi yapmıştır. Bu rakamlar bakanlık bütçesinin yaklaşık

%15’ini oluşturmuştur (Hazine ve Maliye Bakanlığı, 2021). Türkiye’de şehir hastaneleri üzerine yürütülen tartışmalar ve eleştiriler, yüksek maliyetlerin bakanlık bütçelerine yansımaya başlaması ile daha anlaşılır olmuş, 2019 yılının sonunda Bütçe Kanunu görüşmelerinde Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, kamu-özel ortaklığı finansman modelinin sağlık alanında uygulamasından vazgeçildiğini duyurmuştur.

2. Hasta Memnuniyeti

Kamusal hizmetlerin büyük oranda piyasadan temin edildiği, yurttaşların tüketiciler olarak tanımlandığı, ödenen fiyat karşılığında müşteri memnuniyetinin esas alındığı neoliberal dönemde, piyasanın tüketim ideolojisi üretim ideolojisinin önüne geçtiği için hasta odaklı bir sağlık hizmet sunumu anlayışı hâkim olmuştur (Dönmez Atbaşı, 2014; Kablay, 2021). Hastayı “tüketici” olarak gören bu anlayış, eskiden sadece hekim ve hasta arasında gerçekleşen mahrem ve paternalist ilişkiyi sağlık kurumları, sigorta şirketleri, devlet vb. tarafları dahil eden bir yapıya dönüştürmüştür. Hasta memnuniyeti çalışmaları da kâr amaçlı ABD sağlık sektörü tarafından başlatılmış olan hastanın tüketiciye dönüşüm öyküsünün önemli bir yansıması olarak ortaya çıkmıştır (Öcek, 2014: 123).

Hasta memnuniyeti genel olarak hastaların sağlık kurumlarında sunulan tıbbi ve diğer destek hizmetlerinden hoşnut olması durumu olarak tanımlanmaktadır. Daha ayrıntılı tanımlar; beklenen hizmet düzeyi, algılanan hizmet düzeyi ve deneyim arasındaki farka işaret etmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 292). Alanın önemli isimlerinden Donabedian (1980) hasta memnuniyetini, hasta bakımının bireylerarası boyutunun temel çıktısı olarak değerlendirmiştir. Ancak sonraki çalışmalar bu çerçeveyi oldukça aşarak, memnuniyetin klinik sonuçlar, ekonomik ölçütler, yaşam kalitesi vb. gibi hizmetin tüm boyutlarını değerlendirebilmek için tek başına yeterli bir araç olarak kullanmaya başlamıştır (Öcek, 2014).

1980’li yıllarla birlikte gündeme gelen sağlıkta kalite yaklaşımında kalite ölçümünün belirleyicilerinden biri olarak hasta memnuniyeti ön plana çıkmıştır (Yıldız ve Yıldız, 2011: 128). Sağlık hizmetlerinde kalite; uygun tedavi ve bakım hizmeti sunumunda hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanmaktadır (Tükel vd., 2004: 206). Bu kapsamda hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi arasında neden-sonuç ilişkisi kurulabilmektedir. Hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının yeterli düzeyde karşılanması ile sağlık hizmetlerinde belirli bir standart ve kaliteden söz edilebileceği ve istenilen memnuniyet düzeyine ulaşılabileceği öne sürülmektedir. Bu gelişmeler sağlık kurumlarınca yakından takip edilmiş, kurumlar hastaların memnuniyet düzeylerini ölçerek sağlık hizmet sunumunun yapı, süreç ve sonuçları hakkında bilgi sahibi olma yoluna gitmişlerdir (Esatoğlu, 1997, Crowe vd., 2002, Akdağ vd., 2010 ve 2011). Böylece, sağlık hizmetlerindeki kalite ölçümleri sonucunda zayıf yönlerini güçlendirerek daha etkili, verimli ve hakkaniyetli bir hizmet sunumuna yönelmek amaçlanmıştır. Bu yanı sıra karar alma süreçlerini etkileyen hasta memnuniyeti, politika yapıcılar için makro ölçekte şekillenecek sağlık politikaları üzerinde de etkilidir. Hasta memnuniyeti çalışmaları sağlık kurumlarının kalite performansı ve sağlık reformlarının sonuçlarını ölçmekle sınırlı kalmamış, ABD, İngiltere, Fransa ve Brezilya gibi ülkelerde hastaların memnuniyet değerlendirmelerinden alınan sonuçlar hekim ücretlerini belirlemeye başlamıştır (Öcek, 2014).

Hasta memnuniyeti araştırmalarında Donabedian’ın (1980) öne sürdüğü hasta bakımının bireylerarası boyutunun temel çıktısı olma özelliğini aşarak sağlık sistemlerini değerlendirecek bir boyuta taşınmasına yönelik birçok eleştiri söz konusudur (Crowe vd., 2002, Falkenberg, 2013, Öcek, 2014). Öte yandan bu araştırmaların sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde hastaların da görüş ve deneyimleri yoluyla seslerinin duyurulması, diğer bir anlatımla hasta katılımının sağlanması bakımından önemli bir işleve sahip olduğu da dile getirilmektedir (Canadian Foundation for Healthcare Improvement, 2021).

Hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmalarda genellikle sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları (hekim-hasta iletişimi, hekimin ses tonu, hastayı bilgilendirme durumu, hastaya yeterli süre ayırması, tıbbi bilgisinin yeterliliği, hastanın soru sorabilmesi vb.) sağlık kuruluşunun teknik olanakları, fiziksel koşulları (sıcaklık, temizlik, havalandırma, gürültü, otopark, bekleme odaları vb.) bürokrasi, bekleme süresi, ziyaretçi politikası ve beslenme hizmetleri vb. konular değerlendirilmektedir (Vaizoğlu, 2014). Hastaların cinsiyetlerinin, yaşlarının, eğitim seviyelerinin, mesleklerinin ve kültürel özelliklerinin hastaların hastanede sunulan hizmeti algılama seviyelerini ve dolayısıyla memnuniyet düzeylerini etkilediği belirlenmiştir (Davis ve Bush, 2003: 272, Atkinson ve Mederios, 2009).

Türkiye’de 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP, sağlık hizmet sunumundan finansmanına kadar, sağlık personelinin ücretlendirmelerinden KÖİ ortaklıklarına kadar hemen her alanda son kırk yılda gözlenen neoliberal sağlık reformlarını içermektedir. SDP’nin hizmet sunumuna ilişkin amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak sıralanırken, bu amaçların hasta ve çalışan memnuniyetini artıracığı öne sürülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 73). Türkiye’de de hasta memnuniyeti araştırmaları dünyadaki gelişmelere paralel bir biçimde başlamış, bu alanda önemli bir literatür oluşmuştur (Esatoğlu, 1997; Öcek, 2014; Vaizoğlu, 2014). Çok yakın tarihli bir çalışma, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık sistemlerinin değerlendirilmesi için yaygın olarak kullanılan memnuniyet ölçümlerinin yetersiz kaldığını belirleyerek, literatürün eleştirel bir incelemeye tabi tutulmasının önemini vurgulamaktadır (Orhan vd., 2021).

3. Gereç ve Yöntem

Bu bölümde araştırmaya ilişkin gereç ve yöntem bilgileri ile hastane hakkında bilgiler sunulacaktır.

Çalışmanın amacı; KÖİ finansman modeli ile inşa edilen Adana Şehir Hastanesi’nin yataklı servislerinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesidir. 2017 yılı Eylül ayında hasta kabulüne başlayan hastane, Mersin, Isparta ve Yozgat Şehir Hastaneleri’nin ardından hizmete alınan dördüncü şehir hastanesi olma özelliğine sahiptir. Bu özellik hastanede araştırma yapılmasına tarih itibarıyla imkân tanımıştır. 547.000 metre kare inşaat alanı üzerine kurulan hastanenin toplam yatak kapasitesi 1.550’dir. Şehir hastanesi bünyesinde 5 adet farklı hastane yer almaktadır. Bu hastaneler; Genel Hastane, Göğüs Hastalıkları ve Kalp Damar Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi şeklindedir. Araştırma, 1300 yatak kapasiteli Genel Hastane, Göğüs Hastalıkları ve Kalp Damar Hastanesi ile Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi bölümünde yapılmıştır. Sayılan hastaneler “Ana Hastane” olarak ifade edilmektedir. Araştırmaya konu Ana Hastane ’de 310 adet poliklinik odası, 944 adet hasta odası, 60 adet ameliyathane ve 234 adet yoğun bakım yatak sayısı mevcuttur. Hastanede 2021 yılı Kasım ayı itibarıyla 2400 personel görev yapmaktadır. Hastanede yalnızca çekirdek sağlık hizmetleri kamu çalışanları tarafından yerine getirilmektedir. Yemek, güvenlik, temizlik ve laboratuvar hizmetleri özel şirket tarafından sunulmaktadır. Çekirdek sağlık hizmetleri kapsamında poliklinik hizmetleri sunulmakta, cerrahi operasyonlar gerçekleştirilmektedir (Rönesans İşletme Hizmetleri, 2021). Hastanede sunulan hizmetlerin başarıya ulaşması amacıyla hastane yöneticileri ile özel şirket yetkililerinin sürekli temas halinde oldukları gözlemlenmiştir.

Araştırmanın evrenini Adana Şehir Hastanesi’nin yataklı servislerinde 19-26 Mart 2018 tarihleri arasında tedavi gören 1300 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçilerek araştırmaya katılmayı kabul eden 326 hastaya basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile yüz yüze görüşülerek veya bırak-topla tekniği ile anket uygulanmıştır. 73 hastanın doldurduğu anket kayıp veri nedeniyle dikkate alınmayarak araştırma, 18 ve üzeri yaşta olan 253 hastadan elde edilen veriler üzerinden değerlendirilmiştir.

Araştırmanın üç kısıtlılığı bulunmaktadır. İlki, araştırmanın yalnızca hastalar ile sınırlı tutulması, hasta yakınlarının araştırma kapsamı dışında bırakılmasıdır. İkincisi hasta memnuniyet ölçeğinin hastaneden ayrılma boyutunun, araştırmanın yalnızca yatan hastalara uygulanması nedeniyle araştırma kapsamı dışında tutulmasıdır. Üçüncüsü ise, Adli Psikiyatri Hastanesi ile Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesi yataklı servislerinde yatan hastaların özellikleri nedeni ile kapsam dışında bırakılmasıdır. Ayrıca, katılımcıların devlet hastaneleri ile şehir hastaneleri arasındaki farkları bildikleri, ankette yer alan ifadelere cevap verebilecek eğitim düzeyine sahip oldukları, anket esnasında kimsenin baskısı altında olmadan ifadeleri bağımsız bir şekilde puanladıkları ve araştırma sonucunda toplanan verilerin araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek düzeyde ve yeterli olduğu varsayılmıştır. Araştırmaya ilişkin bu kısıtlılık ve varsayımlar, araştırma sonuçlarının diğer şehir hastanelerine genellenmesini engellemektedir. Araştırma için Ankara Üniversitesi Etik Kurulu’ndan etik uygunluk kararı, Adana İl Sağlık Müdürlüğü’nden idari izin, ölçeği geliştiren araştırmacılardan ölçek kullanma izni alınmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak hasta memnuniyeti ölçeği kullanılmıştır. Hasta memnuniyeti ölçeği, Prof. Dr. Neslihan Derin ve Doç. Dr. Erkan Turan Demirel tarafından 2013 yılında geliştirilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış, Cronbach’s Alfa (α) değeri 0,875 olarak belirlenmiştir (Derin ve Demirel, 2013: 1125). Hasta memnuniyeti ölçeği iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin sorular yer almaktadır. Bu kapsamda katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleklerine ilişkin sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise katılımcılardan, hastaneye ilişkin olarak değerlendirme yapmaları istenilen toplam 82 ifade yer almaktadır. Ölçek, 5’li Likert dereceleme ölçeğidir. Seçenekler; (1) Tamamen katılıyorum, (2) Katılıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılmıyorum, (5) Tamamen katılmıyorum şeklinde sıralanmıştır. Ölçek, 11 faktörden oluşmaktadır. Faktörlerin isimleri ve önerme sayıları şöyle sıralanmaktadır: Sistem (9 önerme, Temizlik (6 önerme), Çevre (12 önerme), Yemek (5 önerme), Doktor (12 önerme), Hemşire (12 önerme), Destek (7 önerme), Güvenlik (4 önerme), Gece (5 önerme), Acil (6 önerme), Ayrılma (4 önerme, araştırmaya dahil edilmemiştir) (Derin ve Demirel, 2013: 1124).

Her bir faktör kendi içerisinde aritmetik ortalamasının alınmasıyla değerlendirilmektedir. Aritmetik ortalaması 3,40’ın üzerinde olan bir faktörde hasta memnuniyetinin yüksek olduğu, aritmetik ortalaması 2,60-3,40 arasında olan bir faktörde hasta memnuniyetinin vasat olduğu ve aritmetik ortalaması 1,00-2,60 arasında bir faktörde hasta memnuniyetinin düşük olduğu esas alınmaktadır. Ölçekten alınacak genel aritmetik ortalama için de aynı hususlar geçerlidir (Derin ve Demirel, 2013: 1121).

Verilerin analizi sosyal bilimler için istatistik paketi (PASW) 24.0 ile yapılmış ve sonuçları %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmada uygulanacak testler için ölçek puanının normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk için puanların çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (De Carlo, 1997). Ayrıca, basıklık ve çarpıklık katsayılarının ± 1 değerleri içinde 0’a yakın olması normal dağılıma kanıt olarak değerlendirilmektedir (Demir vd., 2016:133). Bu kapsamda yapılan analiz sonucunda Tablo 1.’de gösterildiği üzere, puanların çarpıklık ve basıklık değerlerinin istenen aralıkta olduğu belirlenmiş, verilerin uç değer içermediği Z skoru hesaplanarak kontrol edilmiştir. Dolayısıyla çalışmada parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Bu doğrultuda karşılaştırma analizleri t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak yapılmıştır. Ayrıca her test istatistiği sonucunda ulaşılan bulgular Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi ile birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Tablo 1. Memnuniyet Ölçeğinin Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları

	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach’s Alfa
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	-0,291	-0,795	0,881
Temizlik Hizmetleri	-0,849	0,227	0,868
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	-0,797	0,894	0,858
Yemek Hizmetleri	-0,707	0,012	0,816
Doktor Bakımı	-0,597	-0,430	0,939
Hemşire Bakımı	-1,172	0,994	0,969
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	-0,939	1,170	0,878
Güvenlik Hizmetleri	-0,348	-1,078	0,823
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	-0,759	0,094	0,873
Acil Servis Hizmetleri	-0,007	-1,134	0,900
Genel Memnuniyet	-0,340	-0,643	0,978

$p < 0,05$

Çalışmada ölçeğin güvenilirlik düzeyinin belirlenmesi amacıyla Cronbach’s Alfa katsayısı hesaplanmıştır. Memnuniyet ölçeğinin tüm alt boyutlarında Cronbach’s Alfa katsayısının 0,800’den daha büyük olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin Cronbach’s Alfa katsayısı ise 0,978 olarak hesaplanmıştır.

5. Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri ile hasta memnuniyetine ilişkin bulgular yer almaktadır.

5.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri Tablo 2.’de paylaşılmıştır. Araştırma grubunun %53’ü erkek, %30,4’ü 31-40 yaş aralığında, %36,8’i lise ve %29,2’si üniversite mezunu, %22,9’u emekli, %22,5’i memur, %18,6’sı işçi, %15,8’i serbest meslek çalışanı, %13’ü ev hanımı, %7,1’i ise öğrencidir.

Tablo 2. Hastaların Demografik Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	119	47
	Erkek	134	53
Yaş	20 yaş ve altı	11	4,3
	21-30 yaş	57	22,5
	31-40 yaş	77	30,4
	41-50 yaş	39	15,4
	51-59 yaş	30	11,9
	60 yaş ve üstü	39	15,4
Eğitim	Okuryazar	10	4
	İlkokul	37	14,6
	Ortaokul	39	15,4
	Lise	93	36,8
	Üniversite	74	29,2
Meslek	Emekli	58	22,9
	Ev hanımı	33	13
	Öğrenci	18	7,1
	Serbest	40	15,8
	Memur	57	22,5
	İşçi	47	18,6
Toplam		253	100

5.2. Hasta Memnuniyetine İlişkin Bulgular ve Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Ölçeğin alt boyutlarındaki ortalama hasta memnuniyet düzeyleri ile genel hasta memnuniyet düzeyine ilişkin bulgular Tablo 3.’te gösterilmiştir. Araştırma sonucunda genel hasta memnuniyet düzeyi 5 puan üzerinden ortalama $3,93 \pm 0,71$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların hastane sistemi ve örgütlenmesi için puan ortalaması $3,55 \pm 0,95$; temizlik hizmetleri için puan ortalaması $4,23 \pm 0,76$; fiziksel ve çevresel koşullar için puan ortalaması $4,00 \pm 0,73$; yemek hizmetleri için puan ortalaması $4,15 \pm 0,78$; doktor bakımı için puan ortalaması $3,75 \pm 1,01$; hemşire bakımı için puan ortalaması $3,93 \pm 1,05$; idari ve destek hizmetleri personeli için puan ortalaması $4,18 \pm 0,74$; güvenlik hizmetleri için puan ortalaması $4,00 \pm 0,89$; geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti için puan ortalaması $3,93 \pm 0,98$; acil servis hizmetleri için puan ortalaması $3,85 \pm 0,85$ ’tir. Memnuniyet düzeylerinin kamu veya özel şirket tarafından sunulan hizmetlere göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Temizlik, yemek, idari ve destek hizmetleri özel şirket tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetlerde memnuniyet düzeyi oldukça yüksek çıkmıştır. Kamu tarafından sunulan çekirdek sağlık hizmetlerine ilişkin doktor bakımı, hemşire bakımı, acil servis hizmetlerinde ise nispeten daha düşük memnuniyet düzeyleri söz konusudur. KÖİ uygulaması ile yönetilen hastanede, kamu ve özel sektörün bir arada faaliyet göstermektedir. Bu kapsamda, hastane sistemi ve örgütlenmesinin diğer faktörlere göre daha düşük düzeyde memnuniyet düzeyi sonucu vermesi dikkat çekmektedir.

Tablo 3. Hasta Memnuniyet Düzeyi, Tüm Faktörler

	n	Ort.	ss
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	253	3,55	0,95
Temizlik Hizmetleri	253	4,23	0,76
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	253	4,00	0,73
Yemek Hizmetleri	253	4,15	0,78
Doktor Bakımı	253	3,75	1,01
Hemşire Bakımı	253	3,93	1,05
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	253	4,18	0,74
Güvenlik Hizmetleri	253	4,00	0,89
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	253	3,93	0,98
Acil Servis Hizmetleri	253	3,85	0,85
Genel Memnuniyet Düzeyi	253	3,93	0,71

Hasta memnuniyet düzeyi bulgularının hastaların cinsiyetlerine göre karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre kadın hastalar hastanede sunulan hizmetlerden erkek hastalara göre daha memnun kalmaktadırlar. Ölçeğin temizlik hizmetleri, fiziksel ve çevresel koşullar ile yemek hizmetleri boyutları hariç olmak üzere diğer tüm boyutlarında hasta memnuniyeti cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Test sonuçları Tablo 4.’te paylaşılmıştır.

Tablo 4. Cinsiyet Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	Kadın	119	3,77	0,91	3,58	0,00*
	Erkek	134	3,35	0,94		
Temizlik Hizmetleri	Kadın	119	4,30	0,79	1,22	0,22
	Erkek	134	4,18	0,73		
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	Kadın	119	4,06	0,79	1,22	0,22
	Erkek	134	3,95	0,68		
Yemek Hizmetleri	Kadın	119	4,23	0,76	1,60	0,11
	Erkek	134	4,07	0,8		
Doktor Bakımı	Kadın	119	3,92	0,98	2,55	0,01*
	Erkek	134	3,60	1,01		
Hemşire Bakımı	Kadın	119	4,07	1,10	1,98	0,04*
	Erkek	134	3,81	0,99		
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	Kadın	119	4,28	0,73	2,03	0,04*
	Erkek	134	4,09	0,74		
Güvenlik Hizmetleri	Kadın	119	4,16	0,84	2,80	0,00*
	Erkek	134	3,85	0,90		
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	Kadın	119	4,07	0,95	2,01	0,04*
	Erkek	134	3,82	1,00		
Acil Servis Hizmetleri	Kadın	119	4,01	0,87	2,77	0,00*
	Erkek	134	3,72	0,82		
Genel Memnuniyet	Kadın	119	4,05	0,73	2,76	0,00*
	Erkek	134	3,81	0,68		

* $p<0,05$

Yaş bakımından hasta memnuniyetinin karşılaştırılması amacıyla ANOVA testi ve Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre, genel memnuniyet düzeyi ortalaması en yüksek olan yaş grubu 60 yaş ve üstüdür ($4,16\pm0,74$). Hastane sistemi ve örgütlenmesi ($3,77\pm0,90$), temizlik hizmetleri ($4,36\pm0,80$), doktor bakımı ($4,10\pm0,79$), hemşire bakımı ($4,30\pm1,00$), geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti ($4,27\pm1,01$) ve acil servis hizmetleri ($4,22\pm0,84$) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek olan yaş grubu da 60 yaş ve üstüdür. Yemek hizmetleri ($4,32\pm0,77$), idari ve destek hizmetleri personeli ($4,52\pm0,72$) ve güvenlik hizmetleri ($4,37\pm0,66$) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek yaş grubu 21-30 yaş grubudur. Fiziksel ve çevresel koşullar boyutunda memnuniyet düzeyi en yüksek olan yaş grubu ise 20 yaş ve altıdır ($4,30\pm0,69$). Analiz sonuçlarına göre ölçeğin tüm boyutlarında

memnuniyet düzeyleri yaş grupları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Test sonuçları Tablo 5.’te paylaşılmıştır.

Tablo 5. Yaş Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p	Grup Fark
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	20 yaş ve altı	11	3,12	0,53	2,50	0,03*	4-6
	21-30 yaş	57	3,68	0,93			
	31-40 yaş	77	3,58	0,95			
	41-50 yaş	39	3,16	1,03			
	51-59 yaş	30	3,58	0,94			
	60 yaş ve üstü	39	3,77	0,90			
Temizlik Hizmetleri	20 yaş ve altı	11	4,41	0,65	2,56	0,02*	1-5
	21-30 yaş	57	4,38	0,68			
	31-40 yaş	77	4,27	0,56			
	41-50 yaş	39	4,02	0,83			
	51-59 yaş	30	3,92	1,08			
	60 yaş ve üstü	39	4,36	0,80			
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	20 yaş ve altı	11	4,30	0,69	3,63	0,00*	1-5, 2-5
	21-30 yaş	57	4,19	0,62			
	31-40 yaş	77	4,06	0,64			
	41-50 yaş	39	3,79	0,59			
	51-59 yaş	30	3,63	1,05			
	60 yaş ve üstü	39	4,05	0,80			
Yemek Hizmetleri	20 yaş ve altı	11	3,45	0,63	3,31	0,00*	1-3, 1-6
	21-30 yaş	57	4,32	0,77			
	31-40 yaş	77	4,23	0,71			
	41-50 yaş	39	3,98	0,89			
	51-59 yaş	30	3,98	0,90			
	60 yaş ve üstü	39	4,21	0,60			
Doktor Bakımı	20 yaş ve altı	11	2,91	0,98	5,54	0,00*	1-2, 1-6
	21-30 yaş	57	3,99	0,92			2-4
	31-40 yaş	77	3,80	0,95			
	41-50 yaş	39	3,26	1,10			
	51-59 yaş	30	3,63	1,09			
	60 yaş ve üstü	39	4,10	0,79			

Tablo 5. Yaş Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Hemşire Bakımı	20 yaş ve altı	11	3,07	1,02	2,63	0,02*	1-6
	21-30 yaş	57	3,94	1,19			
	31-40 yaş	77	3,92	1,12			
	41-50 yaş	39	3,80	0,86			
	51-59 yaş	30	3,98	0,71			
	60 yaş ve üstü	39	4,30	1,00			
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	20 yaş ve altı	11	4,00	0,00	4,91	0,00*	2-3, 2-4
	21-30 yaş	57	4,52	0,72			2-5
	31-40 yaş	77	4,13	0,78			
	41-50 yaş	39	3,89	0,71			
	51-59 yaş	30	3,95	0,59			
	60 yaş ve üstü	39	4,30	0,75			
Güvenlik Hizmetleri	20 yaş ve altı	11	3,32	0,78	7,88	0,00*	1-2, 2-4
	21-30 yaş	57	4,37	0,66			3-4, 4-6
	31-40 yaş	77	4,04	0,83			2-5
	41-50 yaş	39	3,47	0,94			
	51-59 yaş	30	3,82	0,96			
	60 yaş ve üstü	39	4,24	0,85			
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	20 yaş ve altı	11	2,98	0,95	6,03	0,00*	1-2, 1-3
	21-30 yaş	57	4,18	0,71			4-6
	31-40 yaş	77	4,02	1,04			4-2
	41-50 yaş	39	3,51	0,91			
	51-59 yaş	30	3,73	0,97			
	60 yaş ve üstü	39	4,27	1,01			
Acil Servis Hizmetleri	20 yaş ve altı	11	3,32	0,44	5,68	0,00*	1-6, 3-4
	21-30 yaş	57	3,93	0,80			6-5, 6-4
	31-40 yaş	77	4,00	0,82			
	41-50 yaş	39	3,50	0,82			
	51-59 yaş	30	3,51	0,91			
	60 yaş ve üstü	39	4,22	0,84			
Genel Memnuniyet	20 yaş ve altı	11	3,47	0,40	4,49	0,00*	1-6, 4-2
	21-30 yaş	57	4,10	0,60			4-6
	31-40 yaş	77	3,97	0,72			
	41-50 yaş	39	3,62	0,70			
	51-59 yaş	30	3,76	0,77			
	60 yaş ve üstü	39	4,16	0,74			

*p<0,05, 1: 20 yaş ve altı, 2: 21-30 yaş, 3: 31-40 yaş, 4: 41-50 yaş, 5: 51-59 yaş, 6: 60 yaş ve üstü

Eğitim düzeyi bakımından yapılan test sonuçlarına göre, genel memnuniyet düzeyi en yüksek olan eğitim düzeyi grubu okuryazar grubudur (4,50±0,36). ANOVA testi ile Tukey HSD testi sonuçlarına göre; hastane sistemi ve örgütlenmesi (4,62±0,51), temizlik hizmetleri (4,70±0,48), fiziksel ve çevresel koşullar (4,23±0,16), doktor bakımı (4,38±0,34), hemşire bakımı (4,57±0,42), idari ve destek hizmetleri personeli (4,57±0,44), güvenlik hizmetleri (4,70±0,48), geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti (4,70±0,48) ve acil servis hizmetleri (4,70±0,48) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek eğitim düzeyi grubu olarak okuryazar grubu tespit edilmiştir. Yemek hizmetleri (4,49±0,52) boyutunda memnuniyet düzeyi en yüksek olan eğitim düzeyi grubu ise ilkökul mezunlarıdır. Analiz sonuçlarına göre fiziksel ve çevresel koşullar, hemşire bakımı ile idari ve destek hizmetleri personeli boyutları hariç olmak üzere memnuniyet düzeyleri eğitim düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Test sonuçları Tablo 6.’da paylaşılmıştır.

Tablo 6. Eğitim Düzeyi Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p	Grup Fark
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	Okuryazar	10	4,62	0,51	5,82	0,00*	1-3, 1-4
	İlkokul	37	3,79	0,85			1-5
	Ortaokul	39	3,67	0,93			
	Lise	93	3,49	0,99			
	Üniversite	74	3,29	0,87			
Temizlik Hizmetleri	Okuryazar	10	4,7	0,48	6,91	0,00*	4-1, 4-3
	İlkokul	37	4,3	0,9			4-5
	Ortaokul	39	4,43	0,53			
	Lise	93	3,93	0,83			
	Üniversite	74	4,41	0,59			
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	Okuryazar	10	4,23	0,16	2,29	0,06	
	İlkokul	37	4,07	0,91			
	Ortaokul	39	3,96	0,49			
	Lise	93	3,85	0,8			
	Üniversite	74	4,16	0,67			
Yemek Hizmetleri	Okuryazar	10	4,2	0,16	3,58	0,00*	2-5
	İlkokul	37	4,49	0,52			
	Ortaokul	39	4,23	0,63			
	Lise	93	4,14	0,82			
	Üniversite	74	3,92	0,89			
Doktor Bakımı	Okuryazar	10	4,38	0,34	3,97	0,00*	5-1, 5-2
	İlkokul	37	4,13	0,97			
	Ortaokul	39	3,86	0,98			
	Lise	93	3,7	0,91			
	Üniversite	74	3,48	1,14			
Hemşire Bakımı	Okuryazar	10	4,57	0,42	2,37	0,05	
	İlkokul	37	4,16	1,18			
	Ortaokul	39	4,13	0,79			
	Lise	93	3,82	1,05			
	Üniversite	74	3,78	1,12			
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	Okuryazar	10	4,57	0,44	2,23	0,06	
	İlkokul	37	4,34	0,7			
	Ortaokul	39	4,16	0,65			
	Lise	93	4,03	0,77			
	Üniversite	74	4,25	0,78			
Güvenlik Hizmetleri	Okuryazar	10	4,7	0,48	4,05	0,00*	1-4, 1-5
	İlkokul	37	4,29	0,99			
	Ortaokul	39	4,13	0,8			
	Lise	93	3,88	0,85			
	Üniversite	74	3,83	0,89			
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	Okuryazar	10	4,7	0,48	4,77	0,00*	1-4, 1-5
	İlkokul	37	4,28	1,12			2-5
	Ortaokul	39	4,15	0,81			
	Lise	93	3,79	0,97			
	Üniversite	74	3,73	0,95			
Acil Servis Hizmetleri	Okuryazar	10	4,7	0,48	13,3	0,00*	4-1,2,3
	İlkokul	37	4,37	0,75			5-1,2,3
	Ortaokul	39	4,2	0,65			
	Lise	93	3,66	0,8			
	Üniversite	74	3,54	0,86			

Tablo 6. Eğitim Düzeyi Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Genel Memnuniyet	Okuryazar	10	4,5	0,36	4,41	0,00*	1-4, 1-5
	İlkokul	37	4,18	0,86			2-4
	Ortaokul	39	4,05	0,64			
	Lise	93	3,8	0,71			
	Üniversite	74	3,82	0,64			

*p<0,05, 1: Okuryazar, 2: İlkokul, 3: Ortaokul, 4: Lise, 5: Üniversite

Meslek grupları bakımından yapılan test sonuçlarına göre, genel memnuniyet düzeyi en yüksek olan meslek grubu ev hanımı grubudur (4,19±0,67). ANOVA testi ile Tukey HSD testi

sonuçlarına göre; hastane sistemi ve örgütlenmesi ($3,75 \pm 0,88$), doktor bakımı ($4,21 \pm 0,74$), hemşire bakımı ($4,52 \pm 0,64$), güvenlik hizmetleri ($4,45 \pm 0,66$), geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti ($4,44 \pm 0,74$) ve acil servis hizmetleri ($4,17 \pm 0,85$) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek meslek grubu olarak ev hanımları grubu tespit edilmiştir. Temizlik hizmetleri ($4,64 \pm 0,57$) ile fiziksel ve çevresel koşullar ($4,31 \pm 0,50$) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek meslek grubu olarak öğrenciler tespit edilmiştir. Yemek hizmetleri ($4,47 \pm 0,78$) ile idari ve destek hizmetleri personeli ($4,43 \pm 0,56$) boyutlarında memnuniyet düzeyi en yüksek olan meslek grubu ise serbest meslek grubudur. Analiz sonuçlarına göre doktor bakımı, hemşire bakımı, idari ve destek hizmetleri personeli, güvenlik hizmetleri, geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti boyutlarında memnuniyet düzeyleri eğitim düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Test sonuçları Tablo 7.’de paylaşılmıştır.

Tablo 7. Meslek Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p	Grup Fark
Hastane Sistemi ve Örgütlenmesi	Emekli	58	3,68	0,77	2,09	0,06	
	Ev hanımı	33	3,75	0,88			
	Öğrenci	18	3,22	0,67			
	Serbest	40	3,55	1,15			
	Memur	57	3,65	0,87			
Temizlik Hizmetleri	İşçi	47	3,24	1,11			
	Emekli	58	4,14	0,85	1,34	0,24	
	Ev hanımı	33	4,22	0,89			
	Öğrenci	18	4,64	0,57			
	Serbest	40	4,25	0,81			
Fiziksel ve Çevresel Koşullar	Memur	57	4,27	0,55			
	İşçi	47	4,16	0,76			
	Emekli	58	3,81	0,86	1,98	0,08	
	Ev hanımı	33	3,96	0,8			
	Öğrenci	18	4,31	0,5			
	Serbest	40	4,17	0,67			
	Memur	57	3,96	0,62			
	İşçi	47	4,06	0,73			

Tablo 7. Meslek Bakımından Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması

Yemek Hizmetleri	Emekli	58	4,11	0,57	2,11	0,06	
	Ev hanımı	33	4,18	0,9			
	Öğrenci	18	3,96	0,84			
	Serbest	40	4,47	0,78			
	Memur	57	4,13	0,71			
	İşçi	47	3,98	0,92			
Doktor Bakımı	Emekli	58	3,9	0,75	4,16	0,00*	2-4, 2-6
	Ev hanımı	33	4,21	0,74			
	Öğrenci	18	3,86	1,33			
	Serbest	40	3,45	1,23			
	Memur	57	3,83	0,8			
	İşçi	47	3,35	1,16			
Hemşire Bakımı	Emekli	58	4,07	0,89	6,13	0,00*	6-1,2,4,5
	Ev hanımı	33	4,52	0,64			
	Öğrenci	18	3,63	1,32			
	Serbest	40	4,09	0,76			
	Memur	57	3,93	1,01			
	İşçi	47	3,35	1,32			
İdari ve Destek Hizmetleri Personeli	Emekli	58	4,11	0,72	2,79	0,01*	4-6
	Ev hanımı	33	4,26	0,5			
	Öğrenci	18	4,15	1,27			
	Serbest	40	4,43	0,56			
	Memur	57	4,29	0,59			
	İşçi	47	3,89	0,88			
Güvenlik Hizmetleri	Emekli	58	4,01	0,9	3,78	0,00*	2-5, 2-6
	Ev hanımı	33	4,45	0,66			
	Öğrenci	18	4,25	0,67			
	Serbest	40	4,03	1,05			
	Memur	57	3,89	0,82			
	İşçi	47	3,66	0,87			
Geceleri ve Hafta Sonları Hastane Hizmeti	Emekli	58	4,02	0,99	4,77	0,00*	6-1,2,5
	Ev hanımı	33	4,44	0,74			
	Öğrenci	18	3,77	0,87			
	Serbest	40	3,94	0,95			
	Memur	57	4,02	0,72			
	İşçi	47	3,43	1,24			
Acil Servis Hizmetleri	Emekli	58	3,94	0,89	1,76	0,12	
	Ev hanımı	33	4,17	0,85			
	Öğrenci	18	3,57	0,72			
	Serbest	40	3,82	0,92			
	Memur	57	3,82	0,8			
	İşçi	47	3,7	0,83			
Genel Memnuniyet	Emekli	58	3,95	0,72	2,5	0,03*	2-6
	Ev hanımı	33	4,19	0,67			
	Öğrenci	18	3,9	0,71			
	Serbest	40	3,96	0,72			
	Memur	57	3,95	0,55			
	İşçi	47	3,65	0,84			

*p<0,05, 1: Emekli, 2: Ev hanımı, 3: Öğrenci, 4: Serbest, 5: Memur, 6: İşçi

6. Tartışma

Adana Şehir Hastanesi’nin yataklı servislerinde yapılan hasta memnuniyet araştırması sonuçlarına göre araştırmaya katılan hastalar, hastanede sunulan sağlık ve diğer tıbbi ve destek hizmetlerinden memnun kalmaktadırlar. Memnuniyet düzeyleri, hastanede sunulan hizmetlere göre farklılaşmaktadır. Hastaların cinsiyetlerinin, yaşlarının, eğitim seviyelerinin ve mesleklerinin hastaların hastanede sunulan hizmeti algılama seviyelerini ve memnuniyet düzeylerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Memnuniyet düzeylerinin erkek ve kadın hastalar arasında farklılaşmasında, hastaların cinsiyetine göre algı ve beklenti düzeylerinin farklılaşmasının etkili olduğu sonucu çıkarılabilecektir. Özellikle temizlik ve yemek hizmetlerinde kadınların erkeklere göre daha titiz oldukları ileri sürülebilecektir.

Memnuniyet düzeylerinin hastaların yaşına göre farklılaşmasında, ortalama gelir seviyesinin yıllara göre artışı, yaşam standartlarının yükselmesi gibi etkenler gençlerin sağlık hizmetlerinden beklentilerini artıran unsurlar olarak ileri sürülebilecektir. Yaş ilerledikçe memnuniyet düzeyinin artması, yaşı daha büyük olan hastaların geçmiş deneyimleri ile mevcut deneyimlerini kıyaslamaları sonucu meydana geldiği ileri sürülebilecektir.

Araştırma kapsamında hasta memnuniyet puanları hastaların eğitim düzeylerine göre ölçeğin tüm boyutlarında farklılaşmaktadır. Fiziksel ve çevresel koşullar, hemşire bakımı ve idari ve destek hizmetleri personeli boyutları hariç olmak üzere hasta memnuniyet düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Yemek hizmetleri hariç olmak üzere ölçeğin tüm boyutlarında okuryazar grubu en yüksek memnuniyet puan ortalamasına sahip eğitim düzeyi grubudur. Eğitimli hastaların sağlık konusunda daha bilinçli olmaları, beklentilerinin yüksek olması ve sunulan hizmetlerden daha zor tatmin olma durumları hasta memnuniyetinin eğitim düzeyi arttıkça azalmasına neden olan etkenler olarak ileri sürülebilecektir.

Hasta memnuniyet puan ortalamaları hastaların mesleklerine göre, memnuniyet ölçeğinin doktor bakımı, hemşire bakımı, idari ve destek hizmetleri personeli, güvenlik hizmetleri ve geceleri ve hafta sonları hastane hizmeti boyutlarında anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hasta memnuniyet düzeylerinin hastaların mesleklerine göre farklılaşmasının nedeni olarak, yapılan işten sağlanan iş tatmini, ücret düzeyi ve sosyal statü gibi etkenler gösterilebilecektir. Ayrıca sağlık hizmet sunumu esnasında hastanın dış görünüşünün sağlık personelinin hastaya karşı sergileyeceği tutum ve davranışlar üzerinde etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

Güney Hindistan’da KÖİ finansman modeli ile inşa edilen iki hastanede yapılan hasta memnuniyet araştırmasına göre hasta memnuniyet düzeyi her iki hastanede de yüksektir (Baliga vd., 2016: 5). Benzer şekilde, Dünya Bankasının bir yan kuruluşu olan Uluslararası Finans Kurumu tarafından hazırlanan bir raporda, Lesotho’da KÖİ finansman modelinin sağlık alanında uygulanmasıyla genel hasta memnuniyetinin %22 arttığı ifade edilmektedir (IFC, 2018).

Isparta Şehir Hastanesinde yapılan hasta memnuniyet araştırması sonuçlarına göre hasta memnuniyeti fiziksel ortam, genel memnuniyet, personel memnuniyeti ve zaman boyutlarında oldukça yüksektir (Gökkaya vd., 2018: 143). Araştırma sonuçları ile bu çalışmada ulaşılan sonuçlar birbirini destekler niteliktedir. Ancak KÖİ finansman modelinin yalnızca hasta memnuniyet düzeyi ile değerlendirmeye tabi tutulması yeterli olmayacaktır.

Sonuç

Araştırma kapsamında Adana Şehir Hastanesi’nde tedavi gören hastaların memnuniyet düzeyleri ölçülmüştür. Araştırma sonucuna göre, Adana Şehir Hastanesi’nin yataklı servislerinde sağlık hizmeti alan hastaların genel memnuniyet düzeyi tüm boyutlarda yüksektir ($3,93\pm0,71$).

Araştırma sonucu ulaşılan veriler incelendiğinde hastaların memnuniyet düzeyini yükselten başlıca hizmetlerin temizlik, yemek, güvenlik ve acil servis hizmetleri ile personel davranışları olduğu tespit edilmiştir. Hastanenin yeni, hasta ile tedavi odalarının büyük olmasının hastaların hastane hakkındaki izlenimleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılabilecektir. Aynı zamanda hastanenin büyük olması nedeniyle hastalara yönlendirme yapan personelin görev yapması hastaları memnun eden bir unsur olarak gösterilebilir. Öte yandan, hastanenin konumu, ulaşım olanakları, tıbbi sekreterlerin olmaması, hastane içi ulaşımın zaman alması ve otoparkların ücretli olması memnuniyet düzeyi üzerinde olumsuz etkileri olan unsurlar olarak gösterilebilir. Araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerinin de hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyet bakımından kadın hastaların, yaş bakımından 60 yaş ve üzeri yaş grubunun, eğitim düzeyi bakımından okuryazar grubunun ve meslek bakımından ev hanımlarının memnuniyetinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Her hastanın tedavi deneyimi farklı olmakla birlikte, yaşı büyük olan hastaların geçmişte yaşadıkları olumsuz hastane tecrübeleri memnuniyet değerlendirmeleri üzerinde etkili olabilmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan hasta grubunun memnuniyetinin düşük çıkması da hastaların beklenti ve taleplerinin değişkenlik gösterebileceği sonucuna götürmektedir. Benzer şekilde gelir düzeyi yüksek, yüksek statülü meslek çalışanlarının da sağlık hizmet sunumuna ilişkin beklentileri ile sunulan hizmeti algılama düzeylerinin farklılık göstermesi beklenebilecektir.

Hastaların hastaneye ilişkin değerlendirmeleri üzerinde kamuoyunda süregelen tartışmaların da etkili olduğu ileri sürülebilecektir. Memnuniyet düzeyi yüksek çıkmasına karşın projelere ilişkin maliyet ve finansman detaylarının kamuoyu ile paylaşılmaması ve Türk Tabipler Birliği gibi meslek kuruluşlarının kamu yararı kaygılarıyla modele önemli eleştiriler getirmesi şehir hastanesi projeleri üzerinde olumsuz bir izlenim bırakmaktadır.

Sonuç olarak, Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ finansman modelinin sonuçlarının ve modelin etkilerinin ilerleyen dönemlerde daha net anlaşılacağı düşünülmektedir. Türkiye’de sağlık alanında uygulanan KÖİ modeline ilişkin finansman, hukuk, işletme, yönetim ve organizasyon gibi konunun kapsamına giren birçok alanda bilimsel araştırmaların yapılarak modelin etkilerinin detaylı analizlerinin yapılması önerilmektedir.

Kaynakça

- Aka, A., Kablay, S., ve Demir, M.C. 2012. *Neoliberal Politikalar ve Sağlık Çalışanları*. Nobel Yayınevi, Ankara.
- Akdağ, R. (Editör), Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Boz, D., Bulut Demirok, A. 2010. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Akdağ, R. (Editör), Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Ateşoğlu, D., Çiftçi, E., Tuncel, T. 2011. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Atkinson, S., Mederios, R.L. 2009. Explanatory Models of Influences on the Construction and Expression of User Satisfaction. *Social Science and Medicine*, 68 (11): 2089-96.
- Baliga, B.S., Ravikiran, S.R., Rao, S.S., Countinho, A. and Jain, A. 2016. Public–Private Partnership in Health Care: A Comparative Cross-Sectional Study of Perceived Quality of Care Among Parents of Children Admitted in Two Government District-Hospitals:

- Southern India. *Clinical and Diagnostic Research*. 10(2). 5-9. doi: 10.7860/JCDR/2016/17124.7250
- Canadian Foundation for Healthcare Improvement 2021. Mythbusters. Myth: High Patient Satisfaction Means High Quality Care. Erişim Adresi: <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/mythbusters/Myth-Patient-Satisfaction-E.pdf?sfvrsn=0> (Erişim Tarihi: 1 Kasım 2021).
- Crowe, R., Gage, H., Hampsin, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., Thomas, H. 2002. The Measurement of Satisfaction with Healthcare: Implications for Practice from A Systematic Review of the Literature. *Health Technology Assessment*, 6(32): 1-244.
- Davis, B. and Bush, H. 2003. Patient Satisfaction of Emergency Nursing Care in the United States, Slovenia, and Australia. *Journal of Nursing Care Quality*. 18(4). 267-274. doi: 10.1097/00001786-200310000-00004
- Demir, E., Saatçioğlu, Ö. ve İmrol, F. 2016. Uluslararası Dergilerde Yayımlanan Eğitim Araştırmalarının Normallik Varsayımları Açısından İncelenmesi. *Current Research in Education*. 2(3). 130-148.
- De Carlo, L.T. 1997. On the Meaning and Use of Kurtosis. *Psychological Methods*. 2(3). 292-307. doi: 10.1037/1082-989X.2.3.292
- Delmon, J. 2011. *Public-Private Partnership Projects in Infrastructure: An Essential Guide for Policy Makers*. London: Cambridge University Press.
- Derin N. ve Demirel, E.T. 2013. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 6(2). 1111-1130.
- Donabedian, A. 1980. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. MI: Health Administration Press.
- Dönmez Atbaşı, F. 2014. Yurttaşlardan Tüketicilere, Haklar ve İhtiyaçlardan Memnuniyetlere. *Toplum ve Hekim*. 29(2). 105-113.
- Erbaş, Ö., Yavuz, C.I. ve İlhan, B. 2012. *Soru ve Yanıtlarla Kamu Özel Ortaklığı*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Erkan, F. 2019. Şehir Hastaneleri. *Çalışma Ortamı Dergisi*. 159. 20-22.
- Esatoğlu, A.E., 1997. *Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Falkenberg, K. 2013. Why Rating Your Doctor is Bad For Your Health? Forbes. Erişim Adresi: <http://www.forbes.com/sites/kaifalkenberg/2013/01/02/why-rating-your-doctor-isbad-for-your-health/> (Erişim Tarihi: 18 Eylül 2013)

- Gökkaya, D., İzgüden, D., Erdem, R. 2018. Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Isparta İli Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 9(20). 136-148. doi: 10.21076/vizyoner.363783
- Gülen, A. 1988. Kamu Hizmeti Kavramı. *İdare Hukuku ve İlimler Dergisi*. 9(1-3). 147-159.
- Hamzaoglu, O. 2017. Dünya’da Sağlık Reformu Sağlık Hizmetlerinde Neden Kriz, Neden Reform/Dönüşüm? *İnsana Karşı Piyasa: Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik*. (Editörler: Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Özlem Birler). İstanbul: Notabene Yayınları. 21-43.
- Hazine ve Maliye Bakanlığı 2021. 2021 Temmuz Merkezi Yönetim Bütçe Gerçekleşmeleri Raporu. Ankara. Erişim Adresi: <https://www.hmb.gov.tr/duyuru/2021-temmuz-merkezi-yonetim-butce-gerceklesmeleri-raporu> (Erişim Tarihi: 1 Kasım 2021).
- International Finance Corporation (IFC) 2018. Public-Private Partnership Impact Stories. Lesotho: Public Health Network. Erişim Adresi: https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/8f6a163e-ce9b-4ba7-ab58c6d2b52607a7/PPPImpactStories_Lesotho_PublicHealthNetwork.pdf?MOD=AJPERES&CVID=IHoQfaO (Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2018).
- Kablay, S. 2014. Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. 16(4): 85-110.
- Kablay, S. 2021. Neoliberal Transformation of Turkey’s Health Sector and its Effects on the Health Labour Force. *The Condition of Working Class in Turkey. Labour under Neoliberal Authoritarianism*. (Editors: Çağatay Edgücan Şahin, Mehmet Erman Erol). England: Pluto Press. 75-98.
- Kalkınma Bakanlığı 2018. *Dünya’da ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu-2017*. Ankara.
- Karahanogulları, Y. 2012. Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Mali Değerlendirmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 67(2). 95-125.
- Karasu, K. 2011. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 66(3). 217-262.
- Kavuncubaşı, Ş. 2000. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Mooney, G. 2014. *Ulusların Sağlığı*. (Çeviren: Cem Terzi). İstanbul: Yordam Kitap.
- Orhan, S., Gümüş, M., Kızılkaya, E., Ceylan, A. 2021. *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Eleştirel Bir İnceleme*. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*. 6(12): 81-97
- Öcek, Z. 2014. Sağlık Bakanlığı’nın Araştırmaları Vesilesi ile Hasta Memnuniyeti. *Toplum ve Hekim*. 29(2). 118-128.

- Pala, K. (Editör) 2018. Sunuş. *Türkiye’de Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Rönesans İşletme Hizmetleri 2021. SBÜ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Erişim Adresi: <http://www.ronesansisletmehizmetleri.com/tr/35720/SBU-Adana-Sehir-Egitim-ve-Arastirma-Hastanesi> (Erişim Tarihi: 27 Kasım 2021).
- Sağlık Bakanlığı 2012. Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Ankara. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453> (Erişim Tarihi: 26 Ağustos 2018).
- Sağlık Bakanlığı 2020. Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri. Ankara. Erişim Adresi: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR-33960/sehir-hastaneleri.html#> (Erişim Tarihi: 1 Mart 2021).
- Sarcan, E. 2019. *Adana Şehir Hastanesi’nde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şenel Tekin, P. 2010. *Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tükel, B., Acuner, A.M., Önder, Ö.R. ve Üzgöl, A. 2004. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 57(4). 205-214.
- Vaizoglu, S.A. 2014. Sağlık Hizmetlerinde Memnu-Niyet. *Toplum ve Hekim*. 29(2). 114-117.
- Yalçın, F.C. 2016. Geleneksel Kamu Hukuku Sistematiğinde Kamu Özel İşbirliğine Eleştirel Bir Bakış: 6428 Sayılı Kanun ve Yasal Yapılanma ve Uygulama İçin Öneriler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 15(30). 163-190.
- Yenimahalleli Yaşar, G., Göksel, A., Birler, Ö. 2015. Türkiye’de Sağlık, Siyaset, Piyasa. İstanbul: NotaBene Yayınları.
- Yenimahalleli Yaşar, G. 2017. AKP’li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası. *İnsana Karşı Piyasa: Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik* (Derleyenler: Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel, Ömür Birler). İstanbul: NotaBene Yayınları. 103-142
- Yenimahalleli Yaşar, G, Pala, K. 2020. *Cumhuriyet’in 100. Yılına Doğru Türkiye’nin Sağlık Politikası: Sorunlar ve Çıkış Yolları Üzerine*. Ankara: Mülkiyeliler Birliği Misam Politika Metinleri 5. Erişim Adresi: <https://mulkiye.org.tr/misam-politika-metinleri-5/> (Erişim Tarihi 1 Kasım 2021).
- Yıldız, S. ve Yıldız, S.E. 2011. Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kars’taki Devlet ve Üniversite Hastaneleri’nde Bir Araştırma. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi*. 6(2). 125-140.