

**T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
YÖNETİM VE ORGANİZASYON BİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE
KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİNİN YERİ VE ÖNEMİ ÜZERİNE
BİR UYGULAMA**

**YÜKSEK LİSANS
TEZİ**

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Abdullah TEKİN

**Hazırlayan: Perihan İPEK
074227011004**

KONYA 2010



T.C. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Bu tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

Öğrencinin Adı Soyadı (İmza)



T.C. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL FORMU

Perihan İPEK tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyetinin Yeri ve Önemi Üzerine Bir Uygulama” başlıklı bu çalışma 05.11.2010 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr. Abdullah TEKİN(Tez Danışmanı)	Başkan	İmza
Doç.Dr. Ahmet DİKEN (Jüri)	Üye	İmza
Yrd.Doç.Dr. Tahsin KARABULUT (Jüri)	Üye	İmza



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin	Adı Soyadı	Perihan İPEK	Numarası:074227011004
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İŞLETME/YÖNETİM VE ORGANİZASYON	
	Danışmanı	Yrd. Doç. Dr. Abdullah TEKİN	
Tezin Adı	Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyetinin Yeri ve Önemi Üzerine Bir Uygulama		

ÖZET

Günümüzde insanların sosyal ve ekonomik yönden refah içinde yaşamaları ve yüksek sağlık düzeyine ulaşmalarında en önemli unsurlardan biri temel sağlık hizmetleridir. Son yıllarda her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de bir değişim yaşanmaktadır. Bu değişim; yalnız teknoloji konusunda değil; sağlık kurumlarında hizmet sunumuna ilişkin bir takım düzenlemelerde de hakim hale gelmiştir. Çünkü hastalar hizmet almak istedikleri sağlık kurumlarını belli kısıtlamalara rağmen seçebilmektedirler. Bu seçimde hastaları etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin sunumu, sağlık sektöründe yer alan tüm kurum ve kuruluşların ortak katılımını gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin arzı, talebi, pazarlanması, yönetimi, finansmanı gibi konularda bir kalite yaklaşımının benimsenmesi ve başarıyla uygulanabilmesi için, hizmetlerin sunumunda gerek karar verici, politika belirleyici ve program yapıcı konumdaki üst düzey yöneticilerin, gerekse hizmetlerin verilmesinde görevli personelin tüm sorumlulukları paylaşması ve kendilerinden beklenen faaliyetleri önceden saptanmış standartlarda yapmaları şarttır.

Sağlık hizmeti sunumunda, bu hizmete gereksinimi olan hastaların taleplerinin karşılanması esas alınmalıdır. Hastaların ihtiyaç ve beklentilerini karşılayamayan sağlık kurumları ve sağlık çalışanları varlık gerekçesini yitirmiş olurlar. Çünkü, sağlık kurumları ve sağlık çalışanları hastalar için vardır. Hastaların sorunlarını çözmek, onların gereksinimlerini karşılamak ve beklentilerini yanıtlamak için vardır. Bundan dolayıdır ki, sağlık kurumları yapılandırılırken ve yönetilirken, hastaya odaklanmalıdır. Kurumların ve personelin verimliliği, performansı ölçülürken, üretilen hizmetten yararlanan hastaların memnuniyeti ve sunulan hizmetin kalite esas alınmalıdır. Hastasını memnun edemeyen bir kurum veya personel başarısız sayılmalıdır. Bunun tersi ise, her zaman doğru değildir. Yani, hastanın memnun olması, verilen hizmetin yeterli olduğunu göstermez. Hasta memnuniyeti mutlaka gerekli, ama tek başına yeterli değildir. Verilen hizmetin bilimsel ve tıbbi kurallara; meslek etiğine; toplumsal ahlaka; hukuka uygun olması da şarttır.

Çalışmanın birinci bölümünde genel olarak sağlık hizmetlerine, ikinci bölümünde kalite ve hasta memnuniyetine, üçüncü bölümünde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu, hasta memnuniyeti ve kalitesine ve son bölümünde ise konu ile ilgili yapılan araştırma ve sonuçlarına değinilmiştir. Araştırmanın sonucuna göre hastaların sağlık hizmetine yönelmelerinde memnuniyetin önemi belirlenmiştir.



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin	Adı Soyadı	Perihan İPEK	Numarası:074227011004
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İŞLETME/YÖNETİM VE ORGANİZASYON	
	Danışmanı	Yrd. Doç. Dr. Abdullah TEKİN	
Tezin İngilizce Adı		An Application on the Importance and Role of the Quality and Patient Satisfaction in Health-care services	

SUMMARY

One of the fundamental elements today for people to live in prosperity both socially and economically and also to reach a high level of health is health-care services. In recent years, as in every other sector, the health-care sector has been going through a change. This change has become dominant not only in technology but also in certain regulations related to offering health care in health facilities, for the patients can now choose the facility where they want to get health-care, though there are still certain limitations. There are many factors that affect the patients in which facility to choose.

Offering health-care requires the common participation of all the institutions and facilities operating in health sector. For a quality-based approach to be adopted and implemented successfully in such fields as the supply, demand, marketing, management, and financing of health-care services, not only decision-makers, policy-makers and senior executives but also all the staff employed to offer services have to share all the responsibilities and carry out what is expected from them in pre-determined circumstances.

In offering health-care, meeting the demands of the patients should be the main focus. The health-care facilities and the staff that cannot meet the needs and expectations of the patients are among those that lose, as the reason for the existence of the health-care facilities and the staff depends on the patients. They indeed exist so as to solve patients' problems, meet their requirements and respond to their expectations. For this very reason, in the process of structuring and managing health-care facilities, the focus must be on the patient. While measuring the efficiency and performance of the institutions, the satisfaction of the patients that receive the service and the quality of the service offered must be the basic guideline. Any institution or health-care attendant must be considered a failure. It isn't always true the other way round. In other words, the satisfaction of the patients does not always show the sufficiency of the service. Patient satisfaction is absolutely necessary, but not sufficient by itself. The service offered must comply with scientific and medical rules, professional ethics, social morals, and law.

In the first section of the study, health-care services are examined. In the second part, quality and patient satisfaction are evaluated. In the third one, the provision of health-care services and their quality are studied. And in the last part, the research conducted in this regard and its results are given. The importance of satisfaction in leading patients to health-care services according to the results is underlined.

BİLİMSEL ETİK SAYFASI.....	2
YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL FORMU.....	3
ÖZET.....	4
SUMMARY.....	5
İÇİNDEKİLER.....	6
TABLolar LİSTESİ.....	10
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	11
GİRİŞ.....	12

BÖLÜM 1

SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	14
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	14
1.1.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	14
1.1.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	15
1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	15
1.1.3. Esenlendirme (Rehabilitasyon) Hizmetleri	16
1.1.3.1. Tıbbi Esenlendirme (Rehabilitasyon).....	16
1.1.3.2. Sosyal Esenlendirme (Rehabilitasyon).....	17
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	17
1.3. Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep	18
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Arzı	18
1.3.1.1. Hastane ve Sağlık Kurumları.....	20
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Talep.....	22
1.3.2.1. Talebi Etkileyen Faktörler.....	22
1.3.2.1.1. Gelirin Etkisi	22
1.3.2.1.2. Fiyatın Etkisi	22
1.3.2.1.3. Finansman Yöntemlerinin Etkisi.....	22
1.3.2.1.4. Diğer Faktörlerin Etkisi.....	23
1.3.2.2. Sağlık Hizmetleri Tüketimini Etkileyen Faktörler.....	23
1.3.2.2.1. Nüfusun Yapısı.....	23
1.3.2.2.2. Sanayileşme ve Şehirleşme	24

1.3.2.2.3. Aile Yapılarındaki Değişiklikler	24
1.3.2.2.4. Sağlık Hizmetlerinden Mahrumiyet Dolayısı ile Hastalık Risklerine Açık Olmak	24
1.3.2.2.5. Tıbbi Teknolojideki Gelişmeler ve Diğer Faktörler.....	25
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması	25
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi	27
1.6. Türkiye' de Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi	29
1.6.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem.....	29
1.6.1.1. Selçuklu Dönemi.....	29
1.6.1.2. Osmanlı Dönemi.....	30
1.6.2. Cumhuriyet Dönemi.....	30
1.6.2.1. 1920-1960 Dönemi.....	30
1.6.2.2. 1960 Sonrası Dönem.....	31

BÖLÜM 2

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, HASTA VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. Hasta Kavramı	33
2.2. Hastaların Psikolojik ve Sosyo-Kültürel Özellikleri.....	34
2.2.1. Hastaların Psikolojik Özellikleri	34
2.2.1.1. Kişilik	34
2.2.1.2. Algılama	34
2.2.1.3. Motivasyon.....	35
2.2.1.4. Tutumlar	35
2.2.1.5. Yenilikçilik Düzeyi	35
2.2.2. Hastaların Sosyo-Kültürel Özellikleri.....	35
2.2.2.1. Sosyal Sınıf	35
2.2.2.2. Kültür	36
2.2.2.3. Aile.....	36
2.3. Hasta İhtiyaçları ve Hizmet Performansı	37
2.4. Hasta Odaklı Sağlık Sistemi.....	37
2.4.1. Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunma Yaklaşımları	40
2.4.1.1. Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları.....	40
2.4.1.2. Hasta Hakları Uygulamaları.....	41

2.4.1.3. Pazarlama Yaklaşımı.....	42
2.5. Hasta Memnuniyeti	42
2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Önemi	43
2.5.2. Hasta Memnuniyet Araştırmaları	44
2.5.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	44
2.5.3.1. Hastaya İlişkin Özellikler.....	44
2.5.3.2. Hizmet Verene İlişkin Özellikler	45
2.5.3.3. Kurumsal Özellikler	45
2.6. Hasta Memnuniyeti ve Kalite İlişkisi.....	46
2.7. Hasta Memnuniyeti Ölçümü ve Performans Gelişimi	50
2.7.1. Alternatif Ölçüm Metodları.....	52
2.8. Hasta Sadakati Kavramı	54
2.8.1. Hasta Sadakati Sağlamanın Yararları.....	54

BÖLÜM 3

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU, SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ

3.1. Türkiye’ de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	58
3.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Hukuki Altyapısı.....	58
3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu (Toplumsallaştırılması)	59
3.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunulması.....	60
3.1.4. Sağlık Harcamalarının Seyri	63
3.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansal Yapısı	64
3.1.5.1. Sosyal Finansman.....	64
3.1.5.2. Özel Finansman.....	65
3.2. Türkiye’ de Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti.....	66
3.2.1. Toplan Kalite Yönetimi.....	73

BÖLÜM 4
SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE BİR
UYGULAMA

4.1. Araştırmanın Konusu	77
4.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	77
4.3. Araştırmanın Kapsamı.....	77
4.4. Araştırma Metot ve Teknikleri.....	78
4.5. Araştırma Bulguları ve Bulguların Değerlendirilmesi.....	78
4.5.1. Araştırma Sonuçları.....	78
SONUÇ.....	90
KAYNAKÇA.....	92

EKLER

1- Anket Formu

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Yönetimde Değişen Roller	25
Tablo 2. Global, Dış ve İç Müşteriler.....	29
Tablo 3. Performans Boyutları.....	47
Tablo 4. Hastaların Yaş Gruplarının Değerlendirilmesi.....	75
Tablo 5. Hastaların Cinsiyetlerinin Değerlendirilmesi.....	75
Tablo 6. Hastaların Eğitim Durumlarının Değerlendirilmesi.....	75
Tablo 7. Hastaların Aylık Gelir Durumları.....	76
Tablo 8. Hastaların Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kuruluşların Değerlendirilmesi.....	76
Tablo 9. Hastaların Tedavi Amacıyla Bu Kuruluşu Tercih Etme Nedenlerinin Değerlendirilmesi.....	77
Tablo 10. Hastaların Tedavi Sürecinde Bekleme/Bekletilme Durumlarının Değerlendirilmesi.....	78
Tablo 11. Hastaların Sonraki Dış Tedavilerinde Yine Dış hekimliği Fakültesini Tercih Edip/Etmeme Konusundaki Düşünceleri.....	78
Tablo12-13. Hastaların Hekim Tercihleri ve Araştırma Görevlisi-Öğretim Üyelerinde Tedavi Olma Nedenlerinin Değerlendirilmesi.....	79
Tablo 14. Hastaların Hekimlerin Hizmetlerini Değerlendirmesi.....	80
Tablo 15. Hastaların Hemşire ve Diğer Sağlık Personelinin (Röntgen teknisyenleri, Klinik temizlik görevlileri) Hizmetlerini Değerlendirmesi.....	81
Tablo 16. Hastaların İdari Personelin (Vezne, hasta kayıt, sekreter, kat görevlileri) Hizmetlerini Değerlendirmesi.....	82
Tablo 17. Hastaların İdari Personelin (Dekanlık, Fakülte sekreterliği, Bölüm başkanlığı) Hizmetlerini Değerlendirmesi.....	83
Tablo 18. Fiziksel veya Zihinsel Sorunu Olan Hasta ve Yakınlarına Akademik ve idari Tüm Personelin Duyarlılık, Tutum ve Davranışları.....	83
Tablo 19. Hastaların Bölümler arası Koordinasyon Konusundaki Düşünceleri.....	84
Tablo 20. Hastaların Fakültenin Genel Görünüm ve Temizlik Gibi Konulardaki Düşünceleri.....	84

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Hasta tatmini, kalite ve sadakat arasındaki ilişki.....	43
Şekil 2. Erkek Hastaların Hekim Tercihleri	85
Şekil 3. Bayan Hastaların Hekim Tercihleri	85
Şekil 4. Gelir Durumu-Hekim Seçimi arasındaki İlişki	86

GİRİŞ

Çağımızda, artan rekabet, teknoloji, eğitim düzeyi, lojistik ve iletişim imkanları işletmelerin müşteri beklenti ve isteklerini faaliyetlerin odağına almayı zorunlu kılmıştır. Sağlık hizmetlerinde insancıl nedenlerinde eklenmesiyle bu zorunluluk daha da kuvvetlenmiştir. Hasta merkezli sağlık hizmeti sunumu kabul edilen çağdaş yaklaşımdır.

Sağlık hizmetlerinin hasta odaklı sunumu konusunun açıklanmasında öncelikle sağlık işletmelerinin müşterisi kavramının açıklanması ve müşteri memnuniyetinin işletmelere katkısının üzerinde durmak gerekiyor. Genelde müşteri özelde hasta tatminin sağlanması müşteri beklentilerinin bilinmesi ile mümkündür.

Rekabete dayalı günümüz pazar koşulları, hızlı iletişim, kötü hizmet satın alan birey, diğer bireylerin yaşam standartlarını ve refah düzeylerini tanımalarına fırsat vermekte ve dolayısıyla bu bireyler de kendi yaşam kalitelerini bu düzeye getirmeye çalışmaktadırlar. Hizmet kalitesini artırmak ve algılanan hizmet düzeyini iyileştirmek için, bu hastanelerin hastaların ne istediklerini, sundukları hizmetlerin hastalar tarafından nasıl algılandığını ve ne derece memnun kaldıklarını araştırmak ve gerekli değerlendirmeleri yapmaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sadece sağlık hizmetleri veren kuruluşlar açısından ve hastalar açısından değil, aynı zamanda hükümetler açısından da önemli bir konuyu oluşturmaktadır. Bu çerçeveden bakıldığında, kaliteli sağlık hizmetleri, insanların daha sağlıklı ve daha mutlu olmalarına katkı sağlayacaktır. Sağlıklı ve refah içinde yaşayan insanlar ise, hükümete seçimlerde daha fazla oy vermelerini ve böylece hükümetlerin de sağlık hizmetleri harcamalarını azaltabilmelerine imkân sağlayacaktır.

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanmasında öncelikle sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve bu bağlamda devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok ülkede sağlığın dışsal faydasının yüksek olmasının getirdiği bir sonuç olarak kamu sektöründe ağırlıklı bir yapılanma söz konusudur. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin gerek sunumunda gerek finansmanında özel sektör de yer almaktadır. Son yıllarda artan nüfus yoğunluğu bir yandan sağlık harcamalarının artmasına neden olurken; diğer yandan da sağlık hizmetlerinin finansman yapısına ilişkin tartışmaların hem kamu kesiminde hem de özel kesimde artarak yaşanmasına neden olmuştur. Özellikle bütçe açıkları nedeniyle birçok kamu hizmetinin ve sağlık hizmetinin finansmanının ağırlaştığı ve sağlık alanında piyasaya dayalı uygulamaların artmaya başladığı görülmektedir. Bütçe açıklarının getirdiği finansman sorunlarının yanı sıra, özellikle son 20 yılda ortaya çıkan küresel gelişmeler de sağlık sektörünün piyasa yönlü açılımını

hızlandırmaktadır. Küreselleşme olgusunun temel hareket noktasını oluşturan liberal iktisadi yaklaşımlar, sağlık sektöründe gerek yerel gerek küresel piyasalar açısından ağırlıklı olarak özelleştirmeyi ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda uluslararası kuruluşlar birçok ülkenin sağlık politikalarını etkilerken; sağlık alanında özelleştirme uygulamalarını da desteklemektedir. Özellikle piyasa ekonomisi sürecinde bir yandan etkinlik diğer yandan da hizmet kalitesinin artırılma çabaları özelleştirmenin sağlık alanındaki yoğunluğunu arttırmıştır.

Çalışma sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyetinin önemini vurgulamak üzere hazırlanmıştır. Birinci bölümünde genel olarak sağlık hizmetlerine, ikinci bölümünde kalite ve hasta memnuniyetine, üçüncü bölümünde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu, hasta memnuniyeti ve kalitesine ve son bölümünde ise konu ile ilgili yapılan araştırma ve sonuçlarına değinilmiştir. Konya Selçuk Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi araştırma alanı olarak seçilmiştir. Araştırmada kullanılan anket dikkate alınması gerekli hususlar çerçevesinde hazırlanmıştır. Birebir görüşme yoluyla yapıldığı için öncelikli olarak cevaplayıcıların ankete ısınmalarını sağlamak maksadı ile ilgili demografik özelliklere bağlı sorular hazırlanmıştır. Ardından hastalara çoktan seçmeli sorular sorulmuştur. Son olarak ise 5’li Likert ölçeğine dayalı sorularla hastaların hastane ile ilgili tercih nedenlerini ve uygulanan müşteri ilişkileri yönetim uygulamalarının hastalarca değerlendirilmesi ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre kalite ve hasta memnuniyetinin hasta sadakati sağlayarak, hastaların hizmet aldığı sağlık kurumunu yeniden tercih etme ve tavsiye etme niyetlerini olumlu bir şekilde etkilediği ortaya konulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan tanımdır. Bu tanıma göre, **sağlık**; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik” halidir.

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; “insanlarının sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve esenlendirilmesi (rehabilitasyonu) için yapılan çalışmaların tümüne “**sağlık hizmetleri**” denir. Gerçekte sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte, anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak ve içeriği hakkında bilgi vermek amacıyla sağlık hizmetleri;

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri
 2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
 3. Esenlendirme (Rehabilitasyon) Hizmetleri
- olmak üzere üç ana başlıkta incelenir ve tanımlanır.

1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalıklar oluşmadan kişileri ve toplumu korumak için verilen hizmetlerin tamamı bu başlık altında toplanır. (Akdur, 2003: 11-12)

Koruyucu sağlık hizmeti tehlikenin kendisine karşı bir mücadele şeklidir. Tehlikenin önlenmesi temelde fert ve toplum güvenliğine bir katkıyı ifade etmektedir. Çok geniş kapsamlı bir hizmet olarak devlet tarafından ele alındığı zaman, ayrı bir devlet görevidir.

Sosyal devlet olma vasfı sağlık hizmetlerinin devlet tarafından teminini zorunlu kılmaktadır. İşte bu niteliği dolayısı ile koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından sunulmaktadır. Bu tür hizmetlerle de hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertleri hizmetlerden önemli ölçüde yararlanmaktadırlar. (Kurtulmuş, 1998: 85-86)

Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde iki alt başlıkta incelenir.

1.1.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu başlık altındaki başlıca hizmetler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- * Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- * Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- * Konut sağlığı,

- * Endüstri sağlığı,
- * Haşerelerle savaş,
- * Hava kirliliği ile savaş,
- * Radyasyon ve gürültü ile savaş.

Sayılan çevreye yönelik bu koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek grupları tarafından yürütülmesi gereken hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlık sektörünün bu alandaki temel görevi, danışmanlık, denetim ve eğitimidir.

1.1.1.2. İnsana Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu başlık altında sayılabilecek hizmetlerin başlıcaları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- * Erken tanı ve uygun tedavi,
- * Aşılama,
- * İlaçla koruma,
- * Beslenmenin iyileştirilmesi,
- * Sağlık eğitimi,
- * Aile planlaması.

Hizmet tanım ve türlerinden de görüleceği üzere, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeline yürütülen ve yürütülmesi gereken hizmetlerdir.(Akdur, 2003: 12-13)

1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ya da sakatlık durumunun ortaya çıkması halinde verilen sağlık hizmetleridir. Ferdin çalışma gücündeki geçici veya sürekli kayıp nedeni ile, kazancın da kesilmesi ile neticelenen çalışma gücünün kişiye yeniden fazlası ile kazandırılması gayretleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel gayeler ön plandadır. Bu tip hizmetlerde, hizmeti kullanan kişi hizmetten doğrudan yararlanmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği de, hizmet üretiminin fiziki olarak hastanın vücudu üzerinde yapılmasıdır. Bu yüzden hastanın tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmesi ve bunu istemesi gerekmektedir.(Kurtulmuş, 1998: 90-91)

Tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içinde;

1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri,
2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri,
3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri olarak üç kademeye ayrılır.

Hastaların evde ve ayakta (hastanede yatmadan) tedavilerine **“birinci basamak tedavi edici hizmetler”** adı verilir. Bu hizmeti veren birimlere de **“birinci basamak sağlık birimi/kuruluşu”** adı verilmektedir. Bunların Türkiye’deki örnekleri; sağlık ocakları, kurum/işyeri tabiplikleri ve kısmen de muayenehanelerdir.

Hastanın genel bir hastaneye yatırılarak tedavi edilmesine **“ikinci basamak tedavi”** adı verilir. Bu tür tedavi üreten genel hastanelere de **“ikinci basamak tedavi kuruluşu/birimi”** denmektedir. Bunların Türkiye’deki örneği; Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan il ve ilçe devlet hastaneleri ile diğer kurumlara bağlı (kamu ya da özel) genel amaçlı hastanelerdir.

Özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastanesi, gediatri hastanesi vb.), cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri vb.) ya da hastalığa (verem, ruh ve akıl hastalıkları, onkoloji hastaneleri vb.) hizmet veren, o konudaki gelişkin teknolojiyle ve üst düzeyde uzmanlaşmış personelle donanmış olan yataklı tedavi kuruluşlarında verilen hizmetlere **“üçüncü basamak tedavi hizmetleri”** denir. Bu tür hizmetleri veren kuruluşlara da **“üçüncü basamak tedavi kuruluşu”** adı verilir. Bunların Türkiye’deki örneği; başta Sağlık Bakanlığı’nın eğitim hastaneleri, üniversite hastaneleri olmak üzere tüm özel dal hastaneleridir.

Tedavi edici hizmetler, tamamen sağlık sektöründe ve sağlık işgücü tarafından yürütülen hizmetlerdir.(Akdur, 2003: 13-14)

1.1.3. Esenlendirme (Rehabilitasyon) Hizmetleri

Çalışma gücünü belirli ölçüde kaybedenlere çalışma gücü ve imkanı sağlanmasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir.

Rehabilitasyon yolu ile kapsamlı ve birbiri ile ilişkili hizmetler götürerek engelli ve ya sosyal bakımdan dezavantajlı durumda olan kişilerin toplam refahına hizmet edilmektedir. Temel amaç fertleri hem ihtiyaç içine düşmekten korumak, hem de engelli kişilerin işte, okulda, evde, toplum içinde uyum içinde yaşamalarını sağlamaktır. (Kurtulmuş, 1998: 91-92)

Bu tür hizmetler kendi içinde ikiye ayrılır.

1.1.3.1. Tıbbi Esenlendirme (Rehabilitasyon)

Hastalık veya kaza sonrasında güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb. tıbbi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesi ya da tamamen kaybedilen organ yerine ortez-protez takılmak suretiyle kişiye o organın işlevini kısmen kazandırma türünden hizmetlere “tıbbi esenlendirme hizmetleri” adı verilir.

Tıbbi esenlendirme hizmetleri sağlık sektörü ve çalışanları tarafından yürütülen hizmetlerdir.

1.1.3.2. Sosyal Esenlendirme (Rehabilitasyon)

Fizik veya psikolojik hasarlı kişilerin geçimlerini sağlayacak bir iş bulması güçtür. Oysa yaşamlarını ailesine ve topluma yük olmadan devam ettirebilmeleri, durumlarına uygun bir işe yerleşmelerine bağlıdır. Aynı şekilde, önceden sağlıklı olan ve çalışan bir kişinin daha sonra herhangi bir hastalık ya da kaza nedeniyle engelli hale gelmesi durumunda da kendisine yapabileceği diğer bir işin verilmesi işinin değiştirilmesi gerekir. İşte bu ve benzeri türden hizmetlerin hepsine “toplumsal esenlendirme hizmetleri” adı verilir.

Toplumsal esenlendirme hizmetleri, sosyal hizmetler kurum ve personeline yürütülen hizmetlerdir.(Akdur, 2003:14-15)

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini ve diğer hizmetlerden farklarını daha iyi anlayabilmek için genel olarak hizmetlerin özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür.

- * Hizmet soyuttur,
- * Bölünemez,
- * Hizmet, hizmeti üretenden ayırt edilemez, üretildiği anda tüketilir.
- * Hizmetin kalitesi önceden ve kesin olarak ölçülemez.
- * Hizmetin niteliği, onu üreten insanın kabiliyet ve kapasitesine bağlıdır.
- * Sunulan hizmet miktarı ile talep edilen hizmet arasında denge kurmak her zaman işletmenin elinde değildir.(Dinçer, 2004: 459-460)

Yukarıda sayılan genel hizmet özelliklerinin yanı sıra sağlık hizmetleri özellikli hizmetlerdir. Bu özellikler ve farklılıklar şunlardır:

1. Sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağı önceden bilinemez. İhtiyaç olduğunda (hastalık) hemen giderilmesi gerekir. Bekletilemez, tehir edilemez.
2. Hizmet üretildiği an tüketilir. Kontrol edilemez, denetlenemez. Araştırılma, bekletme ve ya depolama şansı yoktur.
3. Hizmeti alan (müşteri/hasta) hizmetin niteliği ve niceliği hakkında bilgi sahibi değildir. Kolayca da bilgilenemez. Telkine açıktır.
4. Hizmetin alınıp alınmaması konusunda seçme şansı yoktur. Hemen ihtiyacın giderilmesini ister.
5. Hata ve yanlışta çoğunlukla geri dönüş yoktur. Zaman çok önemlidir. Bu nedenle hiç hatasız hizmet sunulması gerekir.

6. Hizmeti alanların psikolojik yapısı hizmeti doğrudan etkiler. Sağlık kavramı ve memnuniyet görecelidir., kişiden kişiye değişir.

7. Sağlık hizmeti, hizmet üretimi sektöründe en pahalı hizmeti oluşturur.

8. Bilim ve teknoloji sürekli olduğu için, hizmetin eşit sunumu zorlaşmaktadır. Bu eşitsizlikte hizmeti sunanların farklılığı da bir etkidir.

9. Sağlık hizmetleri çok kişi tarafından, komplike olarak sunulur. Karışıktır, zordur.

10. Otelcilik ve lokantacılık gibi yan hizmetler, dini-sosyal hizmetler önemlidir. Çünkü bunlar tedaviyi etkiler.

11. Fiziksel şartları, binanın yapısı, mimari özellikleri, kullanımı farklıdır. Temizlik ve hijyen kuralları daha önemlidir.

12. Çalışanların çoğu bayandır. Annelikten kaynaklanan izin ihtiyaçları fazladır. Kreş, servis gibi yan hizmetlere ihtiyaç duyulur.

13. Çoğulculuk vardır. Bir hastanın tedavisi ile çok kişi ilgilenir. Personel birden çok üste karşı sorumludur. Bu yapıya “matriks organizasyon” denir. Örneğin, hemşirenin servisinde, hem servis hemşiresine hem de hekime karşı sorumlu olması gibi. Ya da bir tıbbi sekreterin hem hastane müdürüne, başhemşireye hem de klinik şefi olan hekime karşı sorumlu olması gibi.

14. Sosyal sorumluluk ve süreklilik amacıyla karlılıktan uzaklaşan hastaneler, verimsiz bir hale gelmiştir. Hizmetin maliyeti yükselmiştir. Kalitesizlik ve müşteri memnuniyetsizliği ortaya çıkmıştır. (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002: 44-45)

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Arz Ve Talep

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Arzı

Sağlık hizmetleri arzı, piyasanın kendine has özellikleri nedeni ile diğer mal ve hizmetlerin arzından çoğu kez farklıdır. her şeyden önce sağlık piyasasında arz miktarı sınırlıdır. Çoğu kez arz artışı talepte ve dolayısı ile fiyatlarda bir düşüşe neden olmaz. Aksine bir durumda arz artışı talep artışına yol açabilir. Piyasa ekonomisindeki “talep arzı doğurur” kuralının tersine sağlık mal ve hizmetlerinde yeni buluşların ortaya çıkması ve uygulanması sureti ile arz talebi doğurmaktadır. Diğer mal ve hizmetlerin arzını arttırmak genellikle kısa sürede mümkün olduğu halde, sağlıkta arz artışını sağlamak uzun bir zaman gerektirmektedir. Doktor ve hemşire gibi sağlık personelinin yetiştirilmesi, yeni bir hastanenin kurulup faaliyete geçmesi uzun yıllar almaktadır. Ayrıca yeni ilaçlar ve tedavi yöntemleri uzun araştırma safhaları ve deneme sürelerinden sonra kullanıma sunulmaktadır.

Her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de etkili hizmet sunmanın en önemli şartı gerekli özelliklere sahip yeterli insan gücünün bulunmasıdır. Üretim konusunun sağlık hizmeti oluşu ve sağlık hizmetleri talebinin özelliği itibari ile ertelenemez ve ikame edilemez bir yapıya sahip olması sebebi ile sağlık hizmeti sunulmasında insan gücünün temini bütün politikaların ağırlık noktasını oluşturur.

Sağlık personelinin arzı denildiğinde çoğu zaman akla doktorlar ve ebe, hemşire gibi yardımcı sağlık personeli gelmektedir. Oysa sağlık personeli kavramı; doktor, eczacı, diş hekimi, ebe, hemşire, tıp adamları, yardımcı tıp çalışanları, biyo-medikal, mühendis ve laborantlar gibi teknik personeli ve hastane yöneticileri gibi idari personeli de kapsar.

Yine sağlık hizmetlerinin arzı denildiğinde sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastaneler de ön plana çıkmaktadır. Bir çok toplumda sağlık hizmetleri içerisinde başlı başına bir sektör durumunda olan hastaneler, toplumun hemen tüm bireylerine hizmet sunan, milli gelir içinde önemli bir yer tutan, iş gücünün önemli bir bölümünün istihdam edildiği, eğitim, sosyal sigortalar ve sağlık sigortası gibi diğer sektörlerle de yakından ilişkili olan kurumlardır.

Tıp bilimindeki ve teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak hastaneler hızla değişmiş, önemleri giderek artmış ve ülkelerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyo-ekonomik kurumlar haline gelmişlerdir.

Yine tıpta teşhis ve tedavi yöntemlerinde tedavi edici ilaçları da kapsayan gelişmeler, mortalitenin azaltılması, ortalama hayat süresinin uzatılması ve belli başlı bazı hastalıkların kökünün kazınmasında büyük ölçüde yardımcı olmuştur.

İlaç bir yandan modern tıbbın vazgeçilmez unsurlarından biri olarak değerlendirilirken, diğer yandan da kendine has özellikleri ile diğer ürünlerden farklı bir yere sahiptir.

İlaç dışında sağlık hizmeti ile ilgili olarak kullanılan her türlü malzeme tıbbi alet olarak tanımlanır. Bu, en gelişmiş teknolojiyi gerektiren diagnostik ve tedavi cihazlarından, kompleks elektronik ve mikroteknoloji gerektiren alet ve ekipmandan, labratuar ve teşhis malzemesine, hatta termometre ve enjektör gibi mekanik araçlara kadar tıpta kullanılan her türlü malzemeyi kapsamaktadır.

Son 25 yılda yüksek teknolojinin getirdiği yeni teşhis ve tedavi cihazlarının hastanelerde kullanımı büyük bir hızla artmıştır. 15-20 yılda elektronik ve mikro teknolojiye büyük gelişmelerin tıbbi cihazlara uygulanması ile doktorlar teşhiste son derece etkili fakat oldukça komplike cihazları kullanmaya başlamışlardır. Tıbbi cihazlarda yüksek teknolojilerin uygulanmasının dört amacı vardır. Bunlar;

- * teşhisi invazif olmayan metodlarla yapmak,
- * teşhiste ve tedavide hatayı asgariye indirmek,

* teşhis ve tedavi süresini asgariye indirmek,

* teşhis ve tedavi cihazlarının hastaya olabilecek muhtemel yan etkilerini asgariye indirmektir.(Kurtulmuş, 1998: 182-227)

1.3.1.1. Hastane ve Sağlık Kurumları

Günümüzde toplumlara çeşitli sağlık hizmetleri sunan kuruluşlardan yalnızca biri olmalarına karşın hastaneler, sağlık sistemleri örgüt yapıları içerisinde en önemli kuruluşlar olarak görülürler. Uygarlık ve tıp bilimindeki gelişmeler hastanelerin gelişiminde baskın öğeler olarak kabul edilir.(Alpugan, 1995: 157)

Hastaneler sağlığı bozulan kişilerin muayene, teşhis ve tedavilerinin yapıldığı otelcilik, lokantacılık ve sağlık bakımı hizmetlerinin sunulduğu işletmelerdir.

Hastaneler gönüllü hayır kuruluşları olarak geliştikleri için dinlerin etkisi çok olmuştur. Bu etki zamanımızda da kendisini göstermektedir. Hastaneler ne kadar modern araç ve gereçlerle teknik hizmet sunarsa sunsun, hoşgörü ve misafirperverlik anlayışı hakim değilse adındaki anlama uygun hizmet üretmiyor demektir.

19. Yüzyıldan itibaren tıp bilimlerinin gelişmesine paralel olarak hastanelere olan talep artmıştır. Hekimlikle beraber hemşirelik hizmetleri ve hastane yönetimi de gelişmiştir.

Hastanelerin birinci amacı hastaneye gelen hasta ve yaralılara gerekli tıbbi yardım ve hemşirelik bakımını sunmaktır. (Sözen, 1997: 69-72)

Hasta bakım hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş olan hastaneler, amaçlarını gerçekleştirmek için personel, alet ve donanım gibi mevcut kaynaklarını verimli bir şekilde kullanmak durumundadırlar.Hastanenin etkinlik ve verimlilik düzeyi personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan doğruya ilişkili kavramlardır.(Şahin Ümit, “Hastanelerde İş gören Yönetimi” www.merih.net,2010)

Amaçları ne olursa olsun, kurumsal özellikleri taşıyan ve bu özellikleri ile toplumsal yapının bir parçası olan işletmeler yaşamlarını içte ve dışta kurulan bir ilişkiler düzeni içinde sürdürürler. Bu ilişkilerin denetim altına alınması, belirli bir yapısal düzen ve amaç dahili içinde işletilmesi gereklidir. Bu da hastanelerde etkili bir iletişim politikasının izlenmesini zorunlu kılmaktadır.(Tabak, 1997: 349)

Hastanelerin sağlık sistemi içerisindeki vazgeçilmez yeri ve önemi, ileri teknoloji gereksinimi, yüksek maliyet, uzman personel istihdamı bu kurumların modern işletmecilik anlayışı ile yönetilmesini gündeme getirmektedir. Elde edilen ürün ve nihai amaç herhangi bir sanayi işletmesinden farklı olmasına rağmen bugün her hastane için etkinlik, verimlilik, kalite, varlığını devam ettirme birer amaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu amaçlara ulaşmada

takip edilecek yol bilgi birikiminin sağlanması, elde edilecek bilgilerin değerlendirilerek karar organlarına sunulması olmalıdır.(Çimen ve Ateş, 1997: 227)

Ülkemizde sağlık personelinin ağırlıklı olarak istihdam edildiği alanların başında hastaneler gelmektedir. Hastanelerin ihtiyaç duyduğu personel sayısını hesaplama, yaygın olarak hasta ve yatak sayısına göre yapılmaktadır. Yatak ve hasta sayısı ise, iş yükünü belirlemede yanıltıcı olmakta ve ortaya çıkan sorunlar açısından ihtiyaç duyulan insan gücü sayısında bazı sapmalar söz konusu olabilmektedir.(Eren, 1997: 345)

Hastanelerin görevleri:

1. Otelcilik hizmetleri sunmak,
2. Lokantacılık hizmetleri sunmak,
3. Sağlık hizmetleri sunmak,
4. Eğitim hizmetleri sunmak,
5. Halkın sağlık standartlarını yükseltici çalışmalara yardımcı olmak, olarak beş grupta toplayabiliriz.

Hastaneler çok çeşitli guruplara ayrılabilirler:

- Yatak sayılarına göre; 100 yataklı, 200 yataklı, 1000 yataklı gibi.
- Eğitim durumuna göre, tıp fakültesi eğitim hastanesi, hemşirelik eğitim hastanesi gibi
- Yaş ve cins grubuna göre, kadın hastanesi, çocuk hastanesi gibi.
- Özel ve resmi oluşuna göre; özel hastane, devlet hastanesi gibi.
- Örgütsel olarak; SSK hastaneleri, SB hastaneleri, Askeri hastaneler, diğer bakanlık hastaneleri gibi.
- İhtisasına göre; kanser hastanesi, verem hastanesi gibi gruplara, sınıflara ayrırabiliriz.(Sözen, 1997: 69-72)

Hastanelerde başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık personeli yönetimin insan kaynağını, devlet bütçesinden ayrılan ödenek ve varsa döner sermaye gelirleri yönetimin parasal yönünü, hizmet üretiminde gerekli her türlü malzeme, yönetimin materyal kaynağını, hastanede teşhis ve tedavide kullanılan tüm aygıtlar yönetimin makine ve teçhizat kaynağını, hastanenin yöneticileri ise yönetimin yönlendirme ve idare kaynağını oluşturmaktadır. (Karagöz, 1998:12)

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Talep

Sağlık hizmetlerine olan talep, sağlık hizmetlerinin yapısı gereği ekonomik literatürdeki talebe göre farklılık arz etmektedir. Bu başlık altında konunun daha iyi anlaşılmasını sağlamak üzere öncelikle talebi etkileyen faktörlere daha sonra sağlık hizmetleri tüketimini etkileyen faktörlere değinilecektir.

1.3.2.1. Talebi Etkileyen Faktörler

1.3.2.1.1. Gelirin Etkisi

Sağlık mal ve hizmetlerine talebi tayin eden en önemli faktörlerden birisi gelir seviyesidir. Gelir arttıkça sağlık hizmetlerine olan talebin de artması beklenmektedir.

1992 yılında yapılan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması da gelir seviyeleri ile sağlık hizmetlerine olan talep arasında bir ilişkiyi ortaya koymaktadır. Bu araştırmaya göre, yıllık toplam 50 milyon liradan daha fazla geliri olanların, 1.5 milyon liradan daha az geliri olanlardan %50 daha fazla doktora gittikleri belirlenmiştir.

1.3.2.1.2. Fiyatın Etkisi

Sağlık hizmetlerine olan talep piyasadaki diğer mal ve hizmet taleplerine göre fiyattan ve gelirden daha az etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın şiddeti diğerlerine göre daha yüksektir. Sağlık ihtiyaçlarının doğduğu anda giderilmesi gerekir. Bu ihtiyaçlar, ancak çok kısa bir süre için ertelenebilir. Diğer mal ve hizmetlerin talebinde hizmetlerin tüketimi ile ilgili yer ve zaman genellikle tüketicilerin tercihlerine göre belirlenirken, sağlık hizmetlerinde her zaman tüketici tercihi belirleyici olmayabilir. Bunun için sağlık mal veya hizmetlerinde talebin fiyat elastikiyeti çoğu zaman, özellikle acil ve zorunlu vakalarda sifıra yakındır. Talebi kısmının çoğu kez mümkün ve arzu edilir olmadığı sağlık hizmetlerinde, genellikle talep fiyattan bağımsız olarak oluşur.

1.3.2.1.3. Finansman Yöntemlerinin Etkisi

Sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyen faktörler arasında o ülkedeki sağlık sisteminin nasıl ve hangi yöntemle finanse edildiği de önemli bir yer işgal etmektedir. Doğrudan finansmanın söz konusu olduğu uygulamalarda talep katsayısı düşerken, devletin finansmanı tamamen karşıladığı üniversal sistemlerde veya kısmen finansmana katıldığı, sosyal sigortalar gibi kurumların devrede olduğu sistemlerde sağlık hizmetleri talep katsayısı yükselmektedir.

1.3.2.1.4. Diğer Faktörlerin Etkisi

Diğer faktörleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

* Bu faktörler içerisinde en önemli si sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın diğer mal ve hizmetlerle kıyaslanmayacak kadar şiddetli ve çoğu zaman acil olmasıdır.

* Kişilerin sağlık konusundaki talepleri demografi, irsiyet, hayat tarzı, çevre şartları ve eğitim gibi sebeplerden de etkilenmektedir.

* Sağlık hizmetlerinden yararlanan sağlık kurumunun uzaklığı, piyasada sağlık hizmetleri ve kurumları hakkındaki bilginin derlenmesi, değerlendirilmesi ve bütün bunlar için harcanan zaman da yararlanan hizmetin talebini etkilemektedir.

* Sağlık hizmetini sunan doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin hastalara karşı davranışları da sağlık hizmetlerine talebi etkileyici bir etken olarak kabul edilmektedir.

1.3.2.2. Sağlık Hizmetleri Tüketimini Etkileyen Faktörler

1.3.2.2.1. Nüfusun Yapısı

Sağlık mal ve hizmetlerine olan talebi artıran en önemli faktör, nüfus artışı ve demografik yapıdaki değişikliklerdir. Toplam nüfusun yanı sıra, çocuk ve yaşlıların sayı ve oranlarındaki artış da sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemektedir.

Sağlık hizmetleri tüketimi insan hayatının ilk yıllarında yüksek, 10-20 yaş arasında en düşük seviyede bulunmakta ve 20-40 yaş arasında yeniden yükselmeye başlamaktadır. İnsanlar yaşlandıkça fiziksel ve mental olarak yıprandıkları için sağlık harcamaları yaşla ilgili olarak artmaktadır.

Sağlık hizmetlerine olan talep ülkeler zenginleştikçe ve nüfusları yaşlandıkça artmaktadır.

Sağlık hizmetleri tüketimini sadece nüfusun yaşlı olup olmadığı belirlemez, nüfusun cinsiyet yapısı da önemli şekilde etki eder. Bu durum yapılan çeşitli araştırmalarda ortaya konulmuştur. 1992 yılında yapılmış olan sağlık hizmetleri kullanım araştırmasına göre, kadınların genç yaş gruplarına göre ortalamanın yaklaşık iki kat daha fazla doktora gittikleri tespit edilmiştir.

1.3.2.2.2. Sanayileşme ve Şehirleşme

Sanayileşme ve düzensiz şehirleşme ile birlikte zehirli atıklarla kirlenen hava ve su, solunum ve sindirim yolu hastalıklarına, kansere ve yavaş seyreden zehirlenmelere yol açmaktadır. Bütün bunların yanı sıra giderek artan çevre kirliliği, kent yaşamındaki trafik prob-

lemi, ulaşım zorlukları, gürültü ve uyum zorluğu gibi faktörler fiziki hastalıkların yanı sıra ruhi problemlerin de kaynağı olmaktadır.

Günümüzde görülen hastalıkların birçoğu yaşama biçimine ve çalışma şartlarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Şehirleşme ile birlikte sağlık mal ve hizmetlerine olan talep hayat standardının yükselmesi, eğitim ve kültür seviyesindeki artışlar ve kitle iletişim araçlarının etkisi ile daha fazla ve daha kaliteli sağlık üretimi talep edilmektedir. Şehirleşen nüfus, tıbbi araç-gereç ve personelden ve imkanlardan haberdar olması ve bunlara yakınlığı nedeni ile daha fazla sağlık hizmeti talep etmektedir.

1.3.2.2.3. Aile Yapılarındaki Değişiklikler

İnsan sağlığının korunmasında ailenin önemi açıktır. Sağlık elemanlarının ve kurumların müdehalesine kadar geçen süre içerisinde insan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, hastalıkların erken teşhis ve tedavisinde aile hayatının önemli bir rolü vardır. İnsan sağlığının tüm yönleri ile temel kaynağı aile kurumudur.

Geleneksel toplumda bir kısım sağlık hizmetleri de dahil sosyal ve ekonomik işlerin çoğunu kendi bünyesinde toplayan aile, Büyükşehir hayatında temelinden değişmektedir. Ailenin işinin niteliğinin farklılaşması, çoğu kere ailede bir tek ferdin kazancının yetmemesi, iş ve ev arasındaki mesafenin ve çalışma şartlarında farklılaşmaların ortaya çıkışı, aile biçimini ve ilişkilerini etkilemiştir. Son yıllarda aile yapılarında görülen değişimler sadece çekirdek aileye geçişle sınırlı değildir. Özellikle refah seviyesi yüksek olan ülkelerde evlilik oranlarında düşüş ve evlilik yaşının yükselmesi gibi eğilimler de baş göstermektedir.

Aile yapısındaki tüm bu değişimler bir çok alanda olduğu gibi sağlık ve soysala hizmet alanlarında da önemli değişiklikleri gündeme getirmektedir.

1.3.2.2.4. Sağlık Hizmetlerinden Mahrumiyet Dolayısı ile Hastalık Risklerine

Açık Olmak

Sağlık hizmetleri tüketimi açısından iktisaden gelişmiş olan ülkelerle, gelişmekte olan ülkeler arasında büyük farklılıklar vardır. İkinci grup ülkelerin insanları önemli ölçüde, sağlık, bilgi ve eğitim, satın alma gücü ve gelir düzeyi bakımından mahrum bırakılmışlardır. Bu alandaki mahrumiyet sağlık hizmetlerinde de mahrumiyeti dolayısı ile hastalık riskine açık olma faktörünü beraberinde getirir.

1.3.2.2.5. Tıbbi Teknolojideki Gelişmeler ve Diğer Faktörler

Sağlık alanında gerçekleştirilen yeni buluşlar teşhis ve tedavi edilebilen hastalık sayısını artırmış, dünün çaresiz hastalıkları günümüzde basit vakalar haline gelmiş, bunun yanı sıra AIDS gibi daha önce hiç bilinmeyen ve çok pahalı tedavi/bakım gerektiren yeni hastalıklar ortaya çıkmıştır.

Öte yandan iletişim ve ulaşım imkanlarındaki artış nedeni ile hastalıkların başka ülkelerde tedavisinin var olduğunun bilinmesi, gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere doğru sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır.

Öte yandan, günümüzde gelişmekte olan ülkelerin çoğunda halkın önemli bir bölümünün sağlık hizmetlerinden kendi imkanları ile yararlanmalarının pek mümkün olmaması, devletin sosyal devlet anlayışı ile bir insan hakkı olarak kabul etme yaklaşımını geliştirmektedir. Böylece devletler sağlık hizmetlerinin toplam tüketimini arttırıcı bir rol oynamaktadırlar.(Kurtulmuş, 1998: 153-180)

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması

Modern pazarlama anlayışına göre, işletmeler müşteri yönlü olmalıdır. Bunlar müşterilerin gereksinim ve isteklerini tatmin etmeyi ön planda tutan ve bunun doğal sonucu olarak amaçladığı kara ulaşacağını bilen işletmelerdir. Ancak diğer sektörlerle karşılaştırıldığında sağlık sektöründe birçok hastanenin müşteri yönlü olmadığı görülmektedir. Bazı hastaneler müşteri yönlü olmaya gerek duymayabilirler. Çünkü talep arzı aşmaktadır. Bazıları da müşteri yönlü olmayı isteyebilirler fakat kaynakları ve gücü buna yeterli olmayabilir. Nitelikli elemanları işe almak, eğitmek, güdülemek ve kontrol etmek için yeterli bütçesi bulunmayabilir. Ancak giderek artan sayıda hastanenin, pazarlama görüş açısından hareket edeceğine ve hasta istek ve gereksinimlerine öncelik vererek, tatmin etmek için çaba harcayacağına inanmaktayız.(Seçim, 1995: 229)

Günümüzde sağlık sektörünün büyümesi ve pazarlamada uzmanlaşmanın yoğunlaşması, hastane hizmetlerinin pazarlamasını ayrı bir uzmanlık dalı durumuna getirmiştir. Bunda, özellikle sağlık hizmetleri teknolojisindeki ilerlemelerin büyük rolü olmuştur. Çünkü, hekimlerin etkin tanı ve tedavi için modern alet ve cihazlardan yararlanmaları, teknolojinin anında takibini zorunlu hale getirmiştir. Bu da doğal olarak maliyetleri arttırmıştır. Bu durumda hastaneler pastadan büyük payı alabilmek için fiyat dışı rekabete girmek zorunda kalmışlardır. Bu da işletme ve yönetim işlevlerinin en iyi biçimde kullanılmasına bağlıdır. Çok değişkenli bir çevre içinde, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olabilmesi, değişkenleri çok yönlü değerlendirmeyi ve kaynak savurganlığını önlemeyi amaçlayan güncel pazarlama yaklaşımıyla

sağlanabilir. Bu noktada hastanelerin başarısı, pazarlama kavramını yönetimde kullanılmadaki başarılarıyla ölçülecektir.

Sağlık sektöründe pazarlama kavramının bilimsel anlamda uygulamaya konulmamasının sebepleri arasında arz-talep dengesizliği önemli yer tutmaktadır. Zira, büyük orandaki talep hastanelere hangi şartlarda olursa olsun hizmetlerini sunabilme güvencesi verebilmektedir. Ancak önümüzdeki bir kaç yıl içerisinde açılan hastane sayısındaki ciddi artış, arz talep dengesindeki ciddi değişikliklerin sinyalini vermektedir. Bu nedenle de kuruluşların pazarlarını kaybetmemek ya da yeni pazarlar yaratmak konusunda önlem almaya başlaması gerekmektedir.

Hastanelerde **“Pazarlama Organizasyonu”** nun oluşturulması ve geliştirilmesi yolunda önemli noktalar şunlar olmalıdır:

* Hastaneler, pazarlama konusunda bir yönetici başkanlığında bir organizasyon geliştirmelidir.

* Durum analizi yapılmalıdır. Burada hastanenin amacı, kaynakları, çevresel faktörleri, rekabet durumu ve potansiyel fırsatları değerlendirilmeli ve bu doğrultuda bir sağlık politikası oluşturulmalıdır.

* Hizmetin bölünmezlik özelliğinden yola çıkarak, alıcıların özellikleri ve hizmet özelliklerine göre özel modeller geliştirilerek hizmetin etkinliği arttırılmaya çalışılmalıdır.

* Hedef pazarın tesbiti için ayrıntılı pazar araştırması yapılmalıdır. Bu, hizmet alıcılarının ve üreticilerinin görüş bilgi ve becerilerindeki değişikliklerin, hizmet geliştirme ve fiyatlandırma kararlarını olumsuz etkilememesi için, periyodik aralıklarla tekrarlanmalıdır. Araştırmada; doktor ve hasta talebi ile onların geçmişteki tutum, istek ve davranışları tesbit edilmelidir. Ayrıca rakip hastanelerin pazardaki durumu incelenmeli, doktor ve hastalarla sürekli iletişim kurularak görüşleri alınmalıdır.

* Pazar araştırmasının sonuçlarına göre, pazar potansiyeli tesbit edilmelidir. Arz-talep dengesizliği sonucu potansiyel hizmetin kaybolmasını önlemek amacıyla yönelik, talep uyarılma yaklaşımları geliştirilebilir. Talebi, yoğun olduğu dönemlerden, düşük olduğu dönemlere yönlendirmek için, hizmet geliştirme programları (hastanenin verimsiz geçen yaz aylarında kolay işleyecek check-up uygulaması gibi), fiyatlandırma ve randevu, rezervasyon benzeri yöntemler kullanılabilir. Bundan başka, pazar araştırmasının sonucunda yeni pazar fırsatlarının yaratılmasına çalışılmalıdır.

* Hedef pazar tesbitinden sonra, önceliği olan pazar dilimi ön plana alınmak suretiyle, bunların özelliklerine uygun hizmet, fiyat, dağıtım ve tutundurma stratejilerinden oluşan bir pazarlama karması geliştirilmelidir.

* Bu stratejilerin uygulanması sırasında üzerinde durulması gereken önemli noktalar tesbit edilerek, herhangi bir aksama olması halinde, hemen müdahale edebilecek bir kontrol mekanizması geliştirilmelidir. (<http://www.merih.net/m1/womekar22.htm> “Sağlık hizmetlerinin Pazarlanması ve Bir Örnek Olay-Ömer Karahan,2010)

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi

Çok bilinen tanımı ile "**yönetim, amaçların başka insanlarla birlikte ve onlar yoluyla gerçekleştirilmesidir.**" Buna göre, sağlık yöneticisi "**sağlık hizmetlerinin, amaçlara uygun olarak, başka insanlarla ve onlar yoluyla sunulmasını sağlayan kişi**" olarak tanımlanabilir.

Bugün sağlık hizmetlerinde görev alan yöneticileri sınırlayan başlıca iki faktör vardır:

1. Yönetim konusunda bilgi ve beceri eksikliği
2. Mevcut yasal düzenlemeler

Genellikle hekim olan hastane ve sağlık kuruluşu yöneticileri tıp fakültesinde “yönetim” konularında yeterli bilgi ve becerilerle donatılmamış kişilerdir. Oysa, nasıl ki bir hastalığın tanı ve tedavisi için ayrıntılı bir teorik ve uygulamalı eğitim gerekiyorsa bir sağlık kuruluşunun yönetimi için de eğitim gereklidir. Nasıl ki aynı hastalığın belirtileri ve tedavisi kişiler arasında farklılıklar gösterebiliyorsa, yönetim fonksiyonu da benzer kurumlar arasında farklılık gösterebilmektedir. İyi bir sağlık yöneticisinin öncelikle bu alandaki bilgi ve beceri eksikliğini gidermesi gereklidir.

Öte yandan sağlık yöneticisi yönetime ilişkin her türlü bilgi ve beceri ile donanmış olsa bile mevcut yasal düzenlemeler ile sınırlı kalmak zorundadır. Kısaca “mevzuat” adını verdiğimiz yasal düzenlemeler genellikle kamu yararını gözetmek amacıyla yapılmıştır ve kamudaki bir sağlık yöneticisi için buna ek olarak yol gösterme gibi bir işlevi de bulunmaktadır. Devletçiliğin ve merkeziyetçi bürokrasinin egemen olduğu bizim gibi ülkelerde "**mevzuat hazretleri**" bu iki işlevine ek olarak tüm yönetim faaliyetlerinin merkezdeki üst düzey bürokratların denetiminde kalması gibi bir işlev de üstlenmiştir. Bu son işlev, yönetimin amaç olmaktan çıkıp merkezi bürokrasinin, dolayısıyla politikacıların bir aracı haline dönüşmesi tehlikesini getirmiştir. İyi bir sağlık yöneticisi olmanın ön koşulu bu iki grup sınırlamanın olumsuz etkilerinden asgari şekilde etkilenmektir. Yani bir yandan yönetime ilişkin bilgi ve beceri açığı kapatılmalı, bir yandan da mevzuatın "**kamu yararını koruma**" ve "**yol gösterme**" dışındaki sınırlamaları ortadan kaldırılmalıdır.

Çağdaş anlamda sağlık yönetimi için klasik yönetici rollerinde köklü değişiklikler gerekmektedir. Tablo 1’de özetlenen bu değişiklikler 10 grupta toplanmaktadır.

Klasik Yönetim Anlayışı	Çağdaş Yönetim Anlayışı
<i>Sunucu odaklıdır</i>	<i>Müşteri odaklıdır</i>
<i>Var olanla yetinir</i>	<i>Standartları geliştirir</i>
<i>Emirler verir</i>	<i>Gücü ve yetkiyi paylaşır</i>
<i>Çalışanlar bir tür kaynaktır</i>	<i>Çalışanlar müşteridir</i>
<i>Tepkicidir</i>	<i>Etkicidir</i>
<i>Gelenekçi ve sağlamcıdır</i>	<i>Yenilikçi ve risk severdir</i>
<i>Meşguliyeti sever</i>	<i>Sonuçlara bakar</i>
<i>Güç alanını korur</i>	<i>Ekip çalışmasına önem verir</i>
<i>“Biz-onlar” diye düşünür</i>	<i>Örgütsel perspektifi vardır</i>
<i>Fesat ve kuşkucudur</i>	<i>İyimser ve yapıcıdır</i>

Tablo 1. Yönetimde Değişen Roller

Sağlık yönetimindeki kavram değişiklikleri sırasında özellikle tepki çeken kavram "**müşteri**" kavramı olmuştur. Sağlık kuruluşlarına çeşitli rahatsızlıkları nedeniyle gelen insanlara müşteri gözüyle bakılmasının etik açıdan kabul edilmesinin uygun olup olmadığı çok tartışılmıştır. Ancak, bir hizmet sektörü olan sağlık sektöründe hastaların ve çalışanların müşteri olarak görülmesinin işin doğası gereği olduğu ve etik sakıncasının bulunmadığı sonucuna varılmıştır. Günümüzde yaygın olan toplam kalite yönetimi anlayışına göre bir kurum ya da kuruluştan hizmet alanlar dış müşteri, hizmeti verenleri ise iç müşteriyi oluşturmakta, iç ve dış müşterilerin memnuniyeti yönetim işlevleri açısından önem taşımaktadır. Başka bir deyişle artık bir sağlık kuruluşunda, yönetimin başarısının göstergesi, ne kadar hasta bakıldığı, tetkik yapıldığı, ameliyat yapıldığı, kar edildiği değil, hizmet alanların ne oranda hizmetten fayda gördüğü ve memnun kaldığıdır. (<http://www.merih.net/m1/wosmhay21.htm> “Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?-Osman Hayran,2010)

1.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi

1.6.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

1.6.1.1. Selçuklu Dönemi

Türklerin Anadolu’ya gelmeden önceki yaşamlarında yararlandıkları sağlık hizmetleri ile ilgili veriler çok sınırlıdır. Yusuf Has Hacıp tarafından 1069 yılında yazılan Kutadgu Bilik adlı yapıtta, “otakçı” ve efsuncu” denilen iki tip hekimden söz edilmektedir. Otakçı’nın çeşitli bitkisel, hayvansal ve madensel ilaçlardan yararlanarak hasta tedavi ettiği; efsuncunun ise cin ve perilerin neden olduğu kimi hastalıkları tedavi eden bir tür ruh hekimi olduğu bu kitapta yazılıdır. Doğu uygarlığında, bilim ve sanat adamlarının yetiştirilmesi geleneksel olarak ustaların çırakları eğitmeleri yoluyla olmuştur.

Türkler, tarih boyunca insanların sağlıklarında ve hastalıklarında, karşılıklı sevgi ve şefkat bağlarını güçlendirici amaçlarla, Anadolu’da çeşitli sağlık ve tıp eğitim kurumları tesis etmişlerdir. Selçuklular ve Osmanlılar döneminde bu tür tesislerin kurulmasına çok önem verilmiş ve tıp bilimi teşvik edilmiştir. O dönemlerde sağlık kurumları çeşitli adlar almaktadır. Bunlar arasında en yaygın olanı”Darü’ş-Şifa”dır. Bu kurumlar zenginler tarafından yaptırılıp aynı zamanda vakıflarca desteklenmektedir. Genellikle, bir külliye içinde yapılan bu hastanelerde, her türlü hastaya dil din ırk ayrımı gözetmeden ücretsiz olarak bakım ve tedavi hizmeti verilirdi. Batılı ülkelerde cüzzamlı hastalara insanlık dışı davranışlarda bulunulurken, Selçuklular Anadolu’da cüzzam yurtları açmışlardır. Ayrıca yabancı ülkelerin en iyi hekimlerini de hastanelerine getirmişler, usta-çırak yöntemiyle hekim ve diğer sağlık personeli yetiştirmişlerdir.

Selçuklular döneminde Şam’da Bağdat’ta, Musul ve Mardin’de Darü’ş-Şifalar açılmıştır. Anadolu’da ilk önemli hastane Mardin’de Artukoğuları’ndan Eminüddin tarafından 1108-1122 tarihleri arasında yaptırılmıştır. Ayrıca Selçuklu döneminde Kayseri, Sivas, Divriğ, Konya, Çankırı, Tokat, Amasya, Silvan, Malatya, Erzincan, Aksaray ve Akşehir’ de de Darü’ş-Şifalar açıldığı kayıtlardan anlaşılmaktadır.

Anadolu Selçukluları’nda sağlık ve sosyal yardım kurumları, hastaneler ve hamamlar çok ileri ve yaygındır. Koruyucu hekimliğe çok önem verilmektedir. Askeri tıbbın da çok ileri seviyede olduğu bilinmektedir. Yine Anadolu’da özellikle tedavi amacıyla kullanılan 300 kadar kaplıca vardır.

1.6.1.2. Osmanlı Dönemi

Osmanlı tıbbı, Selçukluların da etkisiyle XIX. Yüzyılın ortalarına kadar doğulu ve İslami bir özellik göstermektedir. Osmanlı Devleti zamanında genellikle, Selçuklu döneminde hastanesi olmayan kentlere sağlık tesisleri kurulmuştur.

1827 yılına kadar, hekim, cerrah ve kehhalar darü's-şifalarda usta-çırak yöntemiyle yetiştirilirken, bu tarihte "Tıphane ve Cerrahhane-i Amire"nin kurulması ve 1838'de "Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane" adıyla modernize edilmesi ile tıp öğretimi kurumlaşmıştır. Bu tarihten önce salık hizmetlerinin örgütlenmesinde, taşrada kimi yerlerdeki darü's-şifalardan ve merkezde hekimbaşılık kurumundan başka birimler bulunmuyordu.

Hekimbaşılık kurumu, Fatih Sultan Mehmet zamanında kurumudur. Hekimbaşılar, bugünkü sağlık bakanı yetkilerine sahip kişiler olup, resmi ve özel bütün sağlık kuruluşlarını düzenler ve denetlerdi.1469 yılından 1850 yılına kadar 380 yıl süren hekimbaşılık dönemi, 1850 yılında kurulan "Mektebi Tıbbiye Nezareti (Tıp Okulu Bakanlığı)" ile son bulmuştur.

Osmanlı Devleti'nin duraklama dönemine girmesiyle beraber sağlık hizmetleri de duraklama göstermiş, yaklaşık 200 sene hastane yapılmamıştır. XVIII. Yüzyılın sonlarından itibaren İstanbul'da özellikle askeri hastanelerin yapımına başlanmıştır. Siviller için hastane yapımına Tanzimattan sonra başlanmıştır. Bu hastanelere önceleri "Guraba (garipler) hastaneleri" ve II. Abdülhamit döneminde "Hamidiye hastaneleri" denilmiştir.

Osmanlılarda sağlık tesislerinin devlet merkezi veya çevresinde yoğunlaşması, yaygın bir sağlık teşkilatının bulunmaması ve altyapısız yerleşim yerlerine karşılık, koruyucu hekimlik çalışmalarının hiç olmaması bulaşıcı hastalıkların kolayca yayılmasına neden olmuştur. Özetle halkımızın her açıdan eğitimsiz olduğu bir dönemde; sağlık personelinin nitelik ve nicelik olarak yetersizliği, sağlık teşkilatının yaygın ve etkili bir örgütlenmeye sahip olmayışı, bütçeden yeterli pay ayrılrsa bile, sağlık hizmetlerindeki başarısızlıkları ve ülke sağlığındaki felaketleri önleyememiştir.

1.6.2. Cumhuriyet Dönemi

1.6.2.1. 1920-1960 Dönemi

23 Nisan 1920'de kurulan TBMM Hükümeti, Sağlık teşkilatını İçişleri Bakanlığı bünyesinden ayırarak 3 Mayıs 1920'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nı kurmuştur. İlk sağlık bakanı Adnan Adıvar'dır. Cumhuriyet kurulduktan sonraki dönemin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam olmuştur. Bakanlık yaptığı 1923-1937 döneminde, hükümetin sağlık hizmetleri ile ilgili ilke ve politikaları şunlardır:

İlkeler:

- Koruyucu hizmetlere öncelik vermek
- Önemli hastalıklarla mücadele etmek

Politikalar:

- Hekim ve sağlık personeli sayısını artırmak,
- Personelin atama, yükselme ve cezalandırma işlemlerini tek elde toplayıp Sağlık Bakanlığı'nı yetkili kılmak
- Hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmış, koruyucu hizmetlerde çalışan hekimlere iyileştirici hizmetlerde çalışanlardan daha yüksek ücret ödenmiştir.

“Dikey örgütlenme” ilkesinden hareketle, her hastalık için bir örgüt kurulmuştur. Saydam döneminden sonraki gelişmeleri kısaca şöyle özetleyebiliriz:

- 1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır.
- 1949 yılında “Verem Savaş Dernekleri” kurulmuştur.
- 9 Temmuz 1945 tarih ve 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ile, 1964'te Sosyal Sigortalar Kurumu adını alacak olan bir sosyal güvenlik kurumu kurulmuştur.
- 1952 yılında “Ana ve Çocuk Sağlığı Teşkilatı” kurulmuştur.
- Dr. Refik Saydam tarafından, yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi hizmetleri görevi resmen Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

1.6.2.2. 1960 Sonrası Dönem

27 Mayıs 1960 ihtilalinden sonra Türkiye, planlı kalkınma dönemine geçmiştir. Planlı kalkınma dönemi ile birlikte sağlık sektöründe iki önemli düzenleme getirilmiş olup, bunlar; 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile 557 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun”lardır. 224 sayılı kanunun amacı; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden yararlanmanın sosyal adalete uygun olarak gerçekleşmesini sağlamak amacıyla, sağlık hizmetlerini belli bir program çerçevesinde sosyalleştirmektir.

Bu programın büyük ölçüde başarısız olması nedeniyle sağlık hizmetlerini iyileştirmek için yeni önlemler alınmasına gerek duyulmuş; 1978 yılında, 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu” yürürlüğe girmiştir.

07 Mayıs 1987 tarihinde ise 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır.(Yiğit Şakar, 1999: 37-44)

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE, HASTA VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. Hasta Kavramı

Bu bölümde hasta ve hasta memnuniyeti kavramlarını incelemeden önce pazarlama açısından müşteri kavramının ne olduğu konusunda kısa bir açıklama yapılacaktır.

En genel tanım ile müşteri, ikili bir ilişkide etkileşim içinde bulunan ve sorumlu olunan ikinci ve üçüncü şahıslardır. Hayatımız boyunca etkileşim içinde olduğumuz, tutum ve davranışlarımızdan etkilenen ikici ve üçüncü şahıslar bizim müşterimizdir.

Ticari ilişkilerde, sadece, “ürettiğimiz mal veya hizmeti satın alan kişiler” olarak yapılan tanım gerçekte yetersizdir. Ürettiğimiz mal ve hizmetlerden haberi olan, potansiyel olarak o mal ve hizmetlere ulaşabilecek ve tüketebilecek tüm bireyler, ticari anlamda tanımlanmak istenen müşterilerdir.

Modern yönetim yaklaşımlarında, bir organizasyon içinde görev alıp çalışan bireylerin, profesyonel (mesleki) tutum ve davranışları açısından sorumlu oldukları üç temel müşteri grubu tanımlanmaktadır.

Global Müşteri	Tutum ve davranışlarımızdan dolayı olarak etkilenen kişi ve kuruluşlardır.
Dış Müşteri	Mesleki faaliyetlerimiz sonucu ortaya çıkan mal ve hizmetlerden birinci derecede etkilenen kişi ve kuruluşlardır.
İç Müşteri	Mesleki faaliyetlerimizi yerine getirirken ilişkide olduğumuz kişi ve kuruluşlardır.

Tablo 2. Global, Dış ve İç Müşteriler

Sağlık kuruluşlarında çalışanlar için de tanımladığımız global müşteriler, dış ve iç müşteriler bulunmaktadır.

“Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu hizmeti satın alan kişidir” tanımı oldukça yetersizdir. Bu tanıma göre insanlar, ancak sağlık hizmetini satın aldıklarında ya da tükettiklerinde hasta tanımına uymaktadırlar.(<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>,2010)

Daha geniş bir ifade ile hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür.(Engin, 1997: 62)

2.2. Hastaların Psikolojik ve Sosyo-Kültürel zellikleri

Hastaların psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri incelendiğinde beş temel psikolojik ve üç temel sosyo-kültürel ögenin müşteri memnuniyetini etkilediği görülmektedir.

Psikolojik geler;

- * kişilik,
- * algılama,
- * motivasyon,
- * tutum,
- * yenilikçilik düzeyi

olarak tanımlanırken, sosyo-kültürel ögeler ise

- * sosyal sınıf,
- * kültür
- * aile ilişkileri

olarak tanımlanmaktadır.

2.2.1. Hastaların Psikolojik zellikleri

2.2.1.1. Kişilik

Hastalar kendi kişilikleri ile veya çevreye yansıtmaya çalıştıkları kişilikleri ile satın aldıkları hizmetin imajını karşılaştırlar ve uyumlu olmasına dikkat ederler. Genç olmayı, hareketli ve enerjik kalmayı kendi kişiliği ile bağdaştıran bir hastaya benzer şekilde yaklaşılması, daha fazla konuşulması ve çevresini onun seveceği şekle sokulması memnuniyetini olumlu etkileyecektir.

2.2.1.2. Algılama

Hastalar, sağlık kuruluşu seçimini o kuruluş hakkında elde ettikleri algılamalar ve imaj ile yaparlar. Seçim sonrası görüşleri de algılamalarına bağlı olarak değişir. Hastaların

algıladıkları ile gerçek doğrular arasında oluşacak farkın hasta memnuniyeti açısından çoğu zaman önemi olmayacaktır.

2.2.1.3. Motivasyon

İnsanlar, bir hizmetin yardımı ile ne kadar çok ihtiyacını karşılırsa, o kadar çok fayda sağlarlar. Motivasyon ise gideremedikleri ihtiyaçları ve gerçekleştirme istekleri karşısında, insanları harekete geçiren itici bir güçtür. İnsanları motive eden güç, ihtiyaçlarını karşılayabilme umududur. Hastaların da, hizmeti satın almadan önce ne kadar çok motive olmuşlar ise, kullanım ve faydalanma sonrası tatmin ya da hayal kırıklıkları da o derecede yüksek olacaktır.

2.2.1.4. Tutumlar

Tutumlar ve inançlar birbirini destekleyen güçlerdir. İnsanlar herşeye karşı tutum geliştirip inanç oluşturabilirler. Dolayısı ile, bir hastanenin reklamlarına, tanıtımına, satış gücüne, yansıttığı imaja, mal ve hizmetlerine karşı oluşabilecek en basit negatif bir tutum veya ters yönlü inanç, potansiyel hastaları soğutabilir ve alternatiflere yönelmesine neden olabilir. Asla unutmamak gerekir ki hastalar bu konuda oldukça acımasız olabilirler. Eğer hastaların ilk edindikleri izlenim olumlu ise, tutumları da olumlu olacak ve hastalar ilk buldukları aşamadan (-ki bu aşamalar haberdar olma, karşılaştırma yaparak ilk kararı verme, satın alma ve tatmin olma aşamasıdır.) bir sonrakine geçmek için bir kıvılcıma sahip olacaklardır.

2.2.1.5. Yenilikçilik Düzeyi

Zaman ilerledikçe bir alanda geliştirilen teknolojik yenilik, bilginin bilgiye uyarlanması ile hızla diğer alanlara atlamaktadır. Bir lazer ışığının ne kadar çok çeşitli amaçlarla kullanıldığı buna çok basit bir örnektir. Piyasa sürülen yeni hizmetler kullanıcılarına artık daha fazlasını vermektedirler. Hastaneler de sundukları hizmetler ile hastalarına daha fazla olanaklar, kullanım kolaylığı, fayda, zaman tasarrufu sağladıkça, onların daha fazla tatmin olmalarını sağlayabilirler. Tatmin öncelikli olarak yenilikçilik düzeyi yüksek olan hastalar da belirir. Hastalarda oluşturulan her artı tatmin, yeni hastalar ve olumlu izlenimler demektir.

2.2.2. Hastaların Sosyo-Kültürel Özellikleri

2.2.2.1. Sosyal Sınıf

İnsanların fiziksel ihtiyaçları dışında, refah düzeyini arttırmak (zenginleşmek) , diğer insanlar tarafından fark edilmek ve takdir edilmek (prestij kazanmak), kişisel seçim haklarını ve alternatifleri genişletmek (güç shibi olmak) gibi ihtiyaçları da olabilmektedir. Kişiler bu

ihtiyaçlarını, buldukları sosyal sınıflarda karşılamaya çalışırlar. Daima bir üst düzey sosyal sınıfa geçmeye çalışmanın nedeni ise, sözkonusu ihtiyaçların orada daha çok giderilebileceği umududur. Hastalara verilen hizmetlerde, insanlarda bulunan bu ihtiyaçlara dikkate edilmeli ve gerekirse bu ihtiyaçların tatmin edilmesine yer verilmelidir.

2.2.2.2. Kültür

Kültür ve alt kültür kişilerin,

- * Çalışma alışkanlıklarını ve uygulamalarını
- * İnsanlarla ilişkilerini
- * Kendilerine karşı hassasiyetlerini
- * Zaman hassasiyetini ve bilincini
- * İnsanlarla iletişimini ve dilini
- * Değerlerini ve normlarını
- * Akıl yürütme metodlarını ve öğrenmelerini
- * İnançlarını ve değer yargılarını
- * Yemek yeme ve beslenme alışkanlıklarını
- * Giyim tarzı ve görünümünü

etkiler, değiştirir ve düzenler.

Hastaların tatminini sağlamak için, hastaların sadece fiziksel ve medikal ihtiyaçlarını gidermek yeterli olmayacağından, sunulan hizmetin yansıttığı kültürün ve değerlerin, hastalarınki ile uyum ve benzerliğine dikkat edilmelidir.

2.2.2.3. Aile

Hastalar, asla tek başlarına birer tüketici olarak kabul edilmemelidir. Hasta tatmininin sağlanabilmesi için gerekli şartlardan birisi de, bir hastaya sunulan hizmeti, yakınlarının beğenmesi demektir. Örneğin; poliklinik hizmeti verilen bir çocuk ya da yaşlı hastanın, alınan hizmetten tatmin olması, öncelikle refakatçilerinin verilen hizmetten memnun kalması ile sağlanabilecektir. Aile bireylerinin hizmet kalitesi ve yeterliliğinden memnun olması, hasta tatminini önemli ölçüde etkilemektedir.

(<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>,2010)

2.3. Hasta İhtiyaçları ve Hizmet Performansı

Sağlık problemleri nedeniyle hasta ve ailesinin yaşadığı stresi azaltmak ve hastanın hastalığı ve içinde bulunduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan problemleri çözmek bir sağlık kuruluşunun temel amacıdır.(Duyan, 1996: 21)

Hastanelerde temel amaç, her türlü koruyucu önlemlere rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa zamanda eski konumuna getirilmesidir. Bu amacı gerçekleştirirken de eldeki kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması, hasta ve toplum tatmininin sağlanması gerekmektedir.(Tengilimoğlu, 2001: 28)

İnsanlar, satın almayı düşündükleri ve satın aldıkları hizmetlerin kullanımını sonucunda, fiziksel ve mental ihtiyaçlarını gidermeyi amaçlarlar. Hastaların, sadece kendi belirledikleri ihtiyaçlarını gidermek, onları tatmin etmek için yeterli olacaktır. Ancak, hastalar bazı ihtiyaçlarının farkında iken, doğal olarak bazı ihtiyaçlarının da farkında değildirler. Farkında olmadıkları ihtiyaçlar medikal ihtiyaçlardır ve genellikle hastalara hizmet veren hekimlerce belirlenirler. Sağlık hizmetlerinin, diğer piyasa ürün ve hizmetlerinden temel farklılığı bu noktada ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerine talep, kullanıcı tarafından değil, hizmet sunucu tarafından belirlenmektedir.

Hastalar için ikinci önemli kriter, beklenen performanstır. Hastalar, satın aldıkları ya da almayı planladıkları hizmetin performansını tahmin etmek ve ona göre karar vermek durumundadırlar. Ödedikleri para için maksimum değeri elde etme yoluna giren hastaların, özellikle özel hastanelerde, tatminleri kolay olmamakta ve hizmet sunucu üzerinde normalin üzerinde bir sorumluluk yaratmaktadır. (<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>,2010)

2.4. Hasta Odaklı Sağlık Sistemi

İnsan iletişimi iletişimin alt sistemidir. Sağlık iletişimi de insan iletişiminin alt sistemi olup insanların sağlıkla ilgili konuları nasıl ele aldıkları hususuna yöneliktir. Sağlık iletişiminde odaklanma sağlıkla ilgili işlemler ve bu işlemleri etkileyen etmenler üzerindedir. (Tabak, 1999:29)

Sağlık hizmeti sunumunda, bu hizmete gereksinimi olan hastaların taleplerinin karşılanması esas alınmalıdır. Hastaların ihtiyaç ve beklentilerini karşılayamayan sağlık kurumları ve sağlık çalışanları varlık gerekçesini yitirmiş olurlar. Çünkü, sağlık kurumları ve sağlık çalışanları hastalar için vardır. Hastaların sorunlarını çözmek, onların gereksinimlerini karşılamak ve beklentilerini yanıtlamak için vardır. Hastaneler, tıp fakülteleri bu amaçla kurulur. Hekimler, hemşireler, laborantlar bu gerekçeyle yetiştirilir. Hasta, bizim ontolojik gerekçemizdir. Bizi anlamlı kılan, bizi gerekli kılan, hastanın bize olan ihtiyacıdır. Eğer hastaya beklediği hizmeti veremez, hastanın beklentilerini karşılayamaz hale gelmişsek, kendi kendimizi inkar etmiş oluruz.

Bundan dolayıdır ki, sağlık kurumları yapılandırılırken ve yönetilirken, hastaya odaklanmalıdır. Kurumların ve personelin verimliliği, performansı ölçülürken, üretilen hiz-

metten yararlanan hastaların memnuniyeti esas alınmalıdır. Hastasını memnun edemeyen bir kurum veya personel başarısız sayılmalıdır. Bunun tersi ise, her zaman doğru değildir. Yani, hastanın memnun olması, verilen hizmetin yeterli olduğunu göstermez. Hasta memnuniyeti mutlaka gerekli, ama tek başına yeterli değildir. Verilen hizmetin bilimsel ve tıbbi kurallara; meslek etiğimize; toplumsal ahlaka; hukuka uygun olması da şarttır.

Hasta memnuniyeti, hastanın bize gelirken talep ettiği hizmeti eksiksiz almış; tüm beklentilerini karşılamış olarak bizden ayrılmasıdır. Hastanın talep ve beklentileri, sadece doğru teşhis konulup, doğru tedavinin reçetelenmesiyle karşılanamaz. Hastaneler ve hekimlerin görevleri, hastalığı teşhis ve tedavi etmekten ibaret değildir. Hastaların dertlerini dinlemek; sorularını yanıtlamak; endişe ve korkularını gidermek; hastalıkları ve tedavileri konusunda yeterince bilgilendirmek; hastalıklarıyla başa çıkabilmeleri için gerekli motivasyon ve beceriye sahip kılmak ve onları teselli etmek de bizim asıl görevlerimiz arasındadır. Ancak bunların tümünü eksiksiz olarak yaptığımızda, hastanın tıbbi bakım ihtiyacını karşılamış oluruz.

Sağlık hizmetinin sunumunda, hastaların onurları korunmalıdır. Hastalara insanca davranılmalı ve saygı gösterilmelidir. Hastane ortamında, insan onuruna yakışır bir biçimde ağırlanmaları; her türlü insani gereksinimlerini karşılayabilmeleri; güvenlik ve konforlarının sağlanması; mahremiyetlerinin korunması sağlanmalıdır. Her aşamada horlanmadan, aşağılanmadan, güler yüz ve nezaketle muamele edilmelidir.

Koridorlarında, oturacak bir sandalye bile bulamayıp, saatlerce ayakta bekleyen, poliklinik ve laboratuvar kapılarında birbirini ezen hastaları; iğrendirici pislik ve burun direğini sızlatan kötü kokudan girilemeyen tuvaletleri; hastasının başında ayakta sabahlayan refakatçileri; yenmeyecek kadar kötü ve karın doyurmayacak kadar küçük porsiyonda dağıtılan yemekleri; kapıdaki güvenlik görevlisinden servis hemşiresine yada doktoruna kadar asık yüzlü, çatık kaşlı, sert ve emredici ses tonuyla konuşan personeliyle hastanelerin hastalarını memnun etmeleri mümkün müdür?

Hasta memnuniyeti, sadece beklentileri karşılamaktan ibaret değildir. Üretilen hizmet, beklentilerin üzerinde olmalıdır. Hasta beklentilerinin düşük olduğu toplumlarda, yapılan anketlerle yüksek memnuniyet oranları elde edilebilir. Hastalar ihtiyaçları olan hizmeti tam ifade edemeyebilirler. Hatta, gereksinimlerinin tam farkında da olmayabilirler. Çünkü, tıp ileri derecede uzmanlık gerektiren bir alandır. Sıradan bir vatandaşın, ihtiyacı olan tıbbi hizmeti tam olarak bilmesi ve dillendirmesi mümkün olmayabilir. Hekimin, kendisini hastanın yerine koyarak onun için gerekli olanı eksiksiz olarak yapması gerekmektedir. Sadece hastanın istediği kadarıyla yetinmesi, her zaman yeterli kabul edilmez.

Hastalıkların teşhis ve tedavisine odaklanmış sağlık kurumları ve çalışanları, hastalarını unutmaktadırlar. Modern teknoloji ürünü cihazlarla donatılmış hastanelerde, hastalar, adeta nesneleştirilmektedir. Hastaların kişilikleri, duygu ve düşünceleri önemsenmemektedir. Bu tür modern hastane ortamlarında yitirilen: empati, güler yüz, sevgi, şefkat, içtenlik, teselli gibi davranışlardır. Bunların eksikliğini makinelerle, bilgisayarlarla gidermek mümkün değildir. Hastanın dünyasında hekimin yüzündeki sevecenliğin yeri, başka bir argümanla dolduramaz. Hastaların birey olduğunu göz ardı ederek; onların beklentilerini, endişelerini, korkularını yok sayarak, onları iyileştiremeyiz. Belki, tedavi edebiliriz. Ama, asla iyi edemeyiz. Unutmamalıyız ki, “sağlık, sadece hastalık yada sakatlığın olmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”.

Hastalar beden dilimizden, ses tonumuzdan, göz bebeklerimizden bizi motive eden duyguyu anlayabilirler. Onlara yardımcı olmak, sorunlarını çözmek amacıyla mı; yoksa para ve ün kazanmak veya deney yapmak gibi kendimize ait güdülerle mi hareket ettiğimizi sezerler. Çünkü, sevginin dili evrenseldir. Hayvanlar ve bitkiler bile, onlara yönelik sevgiyi hissediler ve onu cevapsız bırakmazlar. Tabii, bunun aksi de doğrudur.

Hastasını ayakta karşılayıp kapıya kadar uğurlayan; gözüne sevgiyle bakan; ona dostça dokunan, elini sıkan; ona rahat bir koltuğu çok görmeyen; onu selamlayıp, hal-hatır soran; kendini tanıtıp onunla tanışan; ona ismiyle ve sosyal statüsüyle hitap eden; ona zaman ayıran ve sözünü kesmeden sabırla dinleyen; güler yüzlü, saygılı, sevecen, içten tavırlar sergileyen; tanı-tedavi sürecinin her aşamasında onu yeterince bilgilendiren, ona inisiyatif tanıyan, onayını alan; onun anlayacağı şekilde ve düzeyine uygun olarak konuşan; onu teselli edip, hastalığıyla başa çıkabileceğine inandıran; ona umut aşıl原因an; hastasının sorununu doğru olarak algılama ve hastası için gerekli olanın en iyisini yapma çabası içinde olan ve ihtiyacı olduğunda hastasının kolayca ulaşabileceği hekimler görevlerini eksiksiz olarak yapmış sayılırlar. Bütün bu aşamaları ihmal edip, sadece tanı ve tedaviye odaklanan bir hekim, mesleki tatmin duygusunu tam olarak hissetmez ve toplumdan da hak ettiği saygınlığı göremez. Çünkü, tanı ve tedaviye odaklanmış bir çaba hekimlik değil, bir çeşit teknisyenlik olur.

Hekimlerin en sıklıkla yaptıkları hata, hastanın kendilerine başvurma nedeni olan tıbbi sorununa odaklaşmaları ve sadece bu sorunun kendisiyle ilgilenmeleridir. Oysa hiçbir hastalık onu doğuran, geliştiren faktörler ile bireyin kendisi göz ardı edilerek çözülemez. Hekim, mide ülseri olan hastasına, rezistansı bozulmuş çamaşır makinesini tamire kalkışan bir teknisyen gibi yaklaşmamalıdır. Bizim muhatabımız hastalık veya semptom değil; hastadır. Karşımızda bizden yardım uman kişinin ne istediğini doğru tespit etmeliyiz. Bize gelirken beklentisi nedir? Yaşadığı sorunu nasıl algılamaktadır? Hastalığı hakkındaki düşünceleri, en-

dişeleri nelerdir? Kendisini iyi ve sağlıklı hissetmesi için nelerin, nasıl değiştirilmesini istemektedir? Hastalara, sadece bedensel varlıklarına bakılarak muamele edilmemelidir. Ruhsal ve sosyal durumları değerlendirilerek ve değerleri korunarak, teşhis, tedavi ve tıbbî bakım süreçleri kişiselleştirilmelidir. Bunu yapabilmenin yolu da empati yeteneğimizi geliştirmekten geçmektedir.

(http://hastaninhaklari.blogcu.com/hasta-odakli-saglik-sistemi_1435223.html,2010)

2.4.1. Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunma Yaklaşımları

Hasta odaklı sağlık hizmeti sunma yaklaşımlarının başında Toplam Kalite Yönetimi yaklaşımının sağlık kurumlarında uygulanması gelmektedir. Sağlık Bakanlığının başlatmış olduğu Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Uygulamaları yaklaşımının sonuçları da sağlık kurumlarını hasta odaklılığa doğru götürmektedir. Sağlık kurumlarında uygulanmamakla birlikte işletmelerde müşteri odaklılığı sağlayan (modern) pazarlama yaklaşımının hasta odaklılık konusunda sağlık kurumlarına katkı yapacağı düşünülmektedir.

2.4.1.1. Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları

Türkiye’de sağlık hizmeti sunum kalitesini belgelemek amacıyla hastane yönetimleri, Türk Standartları Enstitüsü’ne TS-EN ISO 9000 belgesi almak için başvuruda bulunmaktadır. ISO 9000 serisinde yer alan standartlar ülkemizde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu standartlar üretim ve hizmet sunumu faaliyetleri sırasında beklenmedik veya kabul edilemeyecek aksamlar ortaya çıktığı zaman düzeltici önlemlerin alınması ve kalite ile ilgili problemlerin en aza indirilmesi için önleyici ve düzenleyici önlemleri içermektedir

ISO 9000 kalite güvence sisteminin gerekliliklerine uygun bir sistemin kurulması ile yönetimi, daha sistematik ve denetlenebilir tarzda iş görme olanağını tanır. Kuruma, dünyada en çok tanınan standarda sahip olması nedeniyle saygınlık kazandırır

Toplam kalite yönetimi yaklaşımına göre müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı kriteridir. Teknik anlamda kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğunu ancak bunun müşterileri tatmin etmede yeterli olmayacağını varsaymaktadır. Yalnızca dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan kişilerin tatmini üzerinde odaklaşmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin de tatminini ön planda tutmaktadır

2.4.1.2. Hasta Hakları Uygulamaları

Hastaların gereksinimlerinin karşılanabilmesi ve çıkarlarının korunabilmesi, geçmişte tıp meslek etiğinin ve toplumsal ahlakın kontrolünde iken, günümüzde hukukun ilgi alınana

girmektedir. Ülkemizde vatandaşların sağlığı anayasal güvence altındadır. Özel bir kanunu olmamakla birlikte, hasta haklarıyla ilgili hükümler içeren çok sayıda kanun bulunmaktadır. Ancak Avrupa Birliğine uyum süreciyle ilişkin olarak 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği yayınlanmıştır. Yönetmelikte belirtilen hedeflere ve standartlara ulaşılması için atılması gereken adımlar ile neyin, nasıl, kimin tarafından yapılacağına dönük uygulama programı ise, 2003 yılında Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge şeklinde yayınlanmıştır

Adı geçen yönerge Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri ve hastanelerde geçerlidir (madde 2). Bu yönergenin amacı, sağlık kurumları ve hastanelerde yaşanan hasta hakları yönetmeliğinde ifade edilen hasta haklarının ihlallerinin önlenmesi ve sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasıdır (madde 1). Yönerge Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde, polikliniklerin bulunduğu alanda hastaların, aldıkları sağlık hizmetleriyle ilgili şikayetlerini yapabilecekleri hasta hakları birimlerinin oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır (madde 12). Alınan şikayet internet üzerinden bakanlık sayfasına kayıta geçirilip belirlenen süre içerisinde, gerekli soruşturma yapılarak değerlendirilebilecek hale getirilmektedir. Hastane de kaliteden sorumlu başhekim yardımcısının başkanlığında sivil toplum örgütü ve sendika temsilcisinin de bulunduğu, isterse hasta avukatının da bulunabileceği hasta hakları kurulu tarafından değerlendirilmektedir (madde10). Kurul hasta hakları yönetmeliğine göre yapılan şikayeti görüşmekte ve sonuca bağlayarak başhekimliğe ve şikayet sahibine 15 gün içerisinde bilgi vermekte, sonuç internet üzerinden bakanlığa bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde bu çalışmalarını izlemek üzere aynı yönerge ile Bakanlık Hasta Hakları Birimi kurulmuştur (madde5).

Hasta Hakları Uygulamaları Sağlık Bakanlığına bağlı 60 hastanede, 2003 yılında pilot uygulamaya başlanmış olup 2005 yılı sonunda Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde hayata geçirilmesi hedeflenmektedir

Hasta Hakları Uygulaması ile hasta şikayetleri sistematik olarak değerlendirilmeye alınması, sağlık hizmetlerinin hastanelerde hasta beklentilerine uygun verilmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

2.4.1.3. Pazarlama Yaklaşımı

Teknoloji ve iletişimdeki değişimler son yıllarda işletme anlayışında da müşterinin konumunu değiştirdi. İşletmelerde satışta, pazarlama anlayışıyla ve yönetimde, toplam kalite yaklaşımıyla müşteri odaklı yaklaşımlar geçerli hale geldi.

Pazarlama anlayışında, çeşitli pazarlama bilim adamlarında önde gelen ortak nokta, başta pazarlama olmak üzere, işletmenin tüm bölümlerince tüketiciye yönelik tutumun benimsenmesi ve tüketici tatmini yoluyla kar sağlanmasının vurgulanmasıdır. Pazarlama anlayışına göre, bir işletme tüketici ihtiyaç ve isteklerini koordineli veya birbiriyle bütünleşmiş pazarlama çabalarıyla tatmin etmeli ve bu yoldan kendi amaçlarına ulaşmalıdır

Çağdaş pazarlama anlayışına uygun bir biçimde hareket eden işletmeler, başarılı olmak için hedef aldıkları müşterilerin özelliklerini, ihtiyaçlarını, tutumlarını, tercihlerini ve sunulan mal veya hizmetler hakkındaki düşüncelerini, bunlardan ne ölçüde tatmin duyduklarını sürekli olarak inceler ve bu bulgulara göre ürün, dağıtım, tutundurma ve benzeri pazarlama politikalarına yön verirler. Bu felsefeyi benimsemiş işletmeler için mal veya hizmet bir amaç değil, müşteriye tatmin etmek için kullanılan bir araçtır.(Bostan Sedat, **Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu**, Sağlık Hakkı Dergisi, 2006,Cilt:1, Sayı:1)

2.5. Hasta Memnuniyeti

Hasta tatmini kavramını açıklamadan önce pazarlama açısından müşteri tatminin tanımlamak gerekirse; müşteri tatmini, müşterilerin firmanın mamulüne yönelik ve satın alma eylemlerinin bir yönlendiricisi olarak kullandıkları birikimlerin yine müşteri tarafından firmaya aktarılmasıdır.(Altıntaş, 2000:24)

“**Hasta tatmini**; hastaların aldıkları hizmetten beledikleri faydalara, hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, hizmetten belediği performansa, hizmetin sunulmasının sosyo-kültürel değerlerine (kendi ve aile kültürüne, sosyal sınıf ve statüsüne, kendi zevk ve alışkanlıklarına, yaşam tarzına, önyargılarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur”.

Hasta memnuniyetinin korunması ve artırılması için, hastanın hizmeti satınalma öncesinde hizmetten haberdar olmasından, onunla ilişkisi tamamem kesilene kadar geçen süreçte yukarıdaki tanımda belirtilen faktörlere zaman içinde doğru karşılık verilmesi gerek ve yeter şarttır. Hasta tatminini etkileyen kriterler olarak hijyen, ilgi, teknolojik altyapı, zamanlılık gibi hizmetin fiziksel özelliklerinin yanısıra, ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilen, uygun fiyatta ve uygun kalitede olma kriterleri de gözönünde bulundurulmalıdır.

(<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>)

Sağlık personelinin kullanabileceği inanılmaz teknolojik ve bilimsel ilerlemelere karşın, iletişim hastalıkların teşhis ve tedavisinde klinik işlemlerin özü olarak görünür; çünkü hastalıkların sağlık personeli ile ilişkilerin niteliği, kendilerine yapılan muameleden duydukları memnuniyeti güçlü bir biçimde etkiler.(Gordon ve Edwards, 1997:3)

Sağlık hizmet sunumunda memnuniyet kavramı, son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Eskiden sağlık kurumlarının müşterisi denildiği zaman sadece hastalar akla gelirken, günümüzde "sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar" müşteri olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarının müşterileri iki ana grupta toplanabilir. İç müşteri; sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve grupları ifade etmektedir. Dış müşteri kavramı ise sağlık kurumunun hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır. Hastalara yani dış müşterilere sunduğumuz hizmetin kalitesi iç müşterimize sunduğumuz hizmetle doğru orantılıdır. Bir zincirin halkaları gibi birbirini tamamlar. Zincirin halkalarından birinde kopukluk olduğunda dış müşteriye verdiğimiz hizmetin kalitesinde aksamalar olur. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde memnuniyetin konuşulduğu pek çok platformda yanlış anlaşıldığı gibi sadece hastanın değil, sağlık çalışanının da memnuniyeti çok önemlidir. Bu makalede, hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalardan yararlanarak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır.

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Önemi

a) Hasta memnuniyeti sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler verir. Hasta tatmini ölçüm sonuçları, örgüte bir ayna görevi yaparak kendilerini değerlendirme olanağı sağlar.

b) Hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşlarının üstünlük veya zayıflığını ortaya koymalarına katkı sağlar.

c) Algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet avantajı elde edilmesi açısından önemlidir.

d) Hizmetlerden memnun olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyar. Doktorlarından memnun olan annelerin memnun olmayanlara göre daha yüksek oranda doktor isteklerine uyduğu tespit edilmiştir.

e) Sağlık hizmetinden memnun kalan bir hasta, gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih edecektir.

f) Aldığı bakımdan tatmin olmayan hastalar, hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini tatmin olanlara göre daha çok başkalarıyla paylaşmaktadır.

2.5.2. Hasta Memnuniyet Araştırmaları

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak, sosyo-demografik ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır.

Hasta tatmini ile ilgili araştırma yöntemleri kalitatif ve kantitatif olarak ikiye ayrılmaktadır. Odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları kalitatif araştırmalarda kullanılan ölçme teknikleridir. Yüz yüze yapılan anketler, posta ile gönderilen anketler, anket kullanılarak yapılan telefon görüşmeleri ise kantitatif araştırmalarda kullanılan temel tekniklerdir. İdeal araştırmalar bu yöntemlerin karması sonucu yapılmaktadır.

Hizmet işletmelerinin algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan servqual ölçeği, sağlık işletmelerinin algılanan hizmet kalitesinin belirlenmesinde bir standart olarak kullanılmakta ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için sağlık kuruluşları yöneticilerine genel bir değerlendirme imkânı sağlamaktadır.

2.5.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

2.5.3.1. Hastaya İlişkin Özellikler

Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanısı, tedavisi ve yatış süresi hasta memnuniyetini etkilemektedir. Samsun'da tıp fakültesinde Kayseri'de öğretmenler arasında yapılan araştırmalarda cinsiyetin sağlık kuruluşlarından memnuniyete etkisi saptanmamıştır. Bazı araştırmalarda yaş ilerledikçe sağlık hizmetlerinden memnuniyetin arttığı, bazı çalışmalarda ise yaşın sağlık hizmetlerinden memnuniyete etkisi olmadığı saptanmıştır. Trabzon'da yapılan bir araştırmada genel olarak yaş küçüldükçe beklenti düzeyinin yükseldiği görülmüştür. Yaş küçüldükçe beklentinin yükselmesine bağlı olarak memnuniyet azalabilir.

Yapılan pek çok araştırmada eğitim düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerinden memnuniyetin azaldığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların bilgilendirilme düzeylerinden duydukları tatminin azaldığı belirtilmektedir. Trabzon'da yapılan bir araştırmada, genel olarak eğitim düzeyi yükseldikçe beklenti düzeyinin yükseldiği görülmüştür. Beklenti düzeyi yükseldikçe memnuniyet düzeyi azalmaktadır. İzmir'de yapılan bir araştırmada, medeni durum açısından, hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algıları arasında, önemli bir farklılığa rastlanmamıştır. Doğum evi hastanesinde yapılan bir araştırmada, sosyal güvence durumunun, hizmetten memnuniyeti anlamlı olarak etkileyen bir değişken olduğu bulunmuştur. Trabzon'da yapılan bir araştırmada, Emekli Sandığı hastalarının beklenti düzeyi yüksek, Bağ-

Kur ve Yeşil Kartlı hastaların beklenti düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. İzmir'de yapılan bir araştırmada ise, farklı sosyal güvenceye sahip olma açısından hastaların sunulan hizmetlere yönelik kalite algıları arasında önemli bir farklılığa rastlanmamıştır. Kayseri'de öğretmenlerde yapılan bir araştırmada ekonomik durumun sağlık kuruluşlarından memnuniyete etkisi saptanmamıştır. Bu durum öğretmenlerin ekonomik seviyelerinin yakın olmasından kaynaklanabilir.

2.5.3.2. Hizmet Verenlere İlişkin Özellikler

Hasta memnuniyeti, hastanelerde kişiler arası iletişim, personel davranışı, hastalığı ile ilgili bilgilendirilme gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Hasta sağlık personeli etkileşimi, hasta tatmini ve hizmet kalitesini etkileyen en önemli faktördür. Hastaların eskiden kullandıkları hastaneyi tekrar seçme eğilimlerini, hastanenin teknik ve klinik faktörlerinin etkilemediği, bireylerin aynı sağlık kurumunu tercih etmelerinde en etkili faktörün kurum personelinin tutum ve davranışlarından kaynaklanan hasta memnuniyeti olduğu tespit edilmiştir. Sağlık personelin kişilik özellikleri hastaya olan davranışı etkiler. Gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağlamaktadır. İzmir'de yapılan bir araştırmada, katılımcıların büyük oranı, "güvenilirlik" ve "güven" boyutlarını, en önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir. Yani hastanın memnuniyetini en fazla etkileyen sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarıdır. Hastalarını memnun etmeyi hedefleyen tüm sağlık kuruluşları öncelikle çalışanlarını memnun etmek durumundadırlar.

2.5.3.3. Kurumsal özellikler

DİE tarafından 2003 yılında yapılan Yaşam Memnuniyeti araştırmasında sağlık kurumlarından memnuniyet oranı; özel hastanelerde %48,3, üniversite hastanelerinde %46,6, devlet hastanelerinde % 41 ve sağlık ocaklarında %39,4 olarak bulunmuştur. Yapılan pek çok araştırmada, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm gibi fiziksel ve çevresel koşullar ile bürokrasi; bekleme süresi, ziyaretçi politikası ve beslenme hizmetlerinin, hasta memnuniyetini etkilediği bulunmuştur. İzmir'de yapılan bir araştırmada. "fiziksel özellikler" katılımcılar tarafından en az önemli hizmet kalitesi boyutu olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel bir kriter olup, hastaların sosyo-demografik özellikleri ve tedavi süre-

cine ilişkin faktörlerden etkilenmektedir. (Özer ve Çakıl, **Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler**; Tıp Araştırmaları Dergisi 2007: 5 (3):140 – 143)

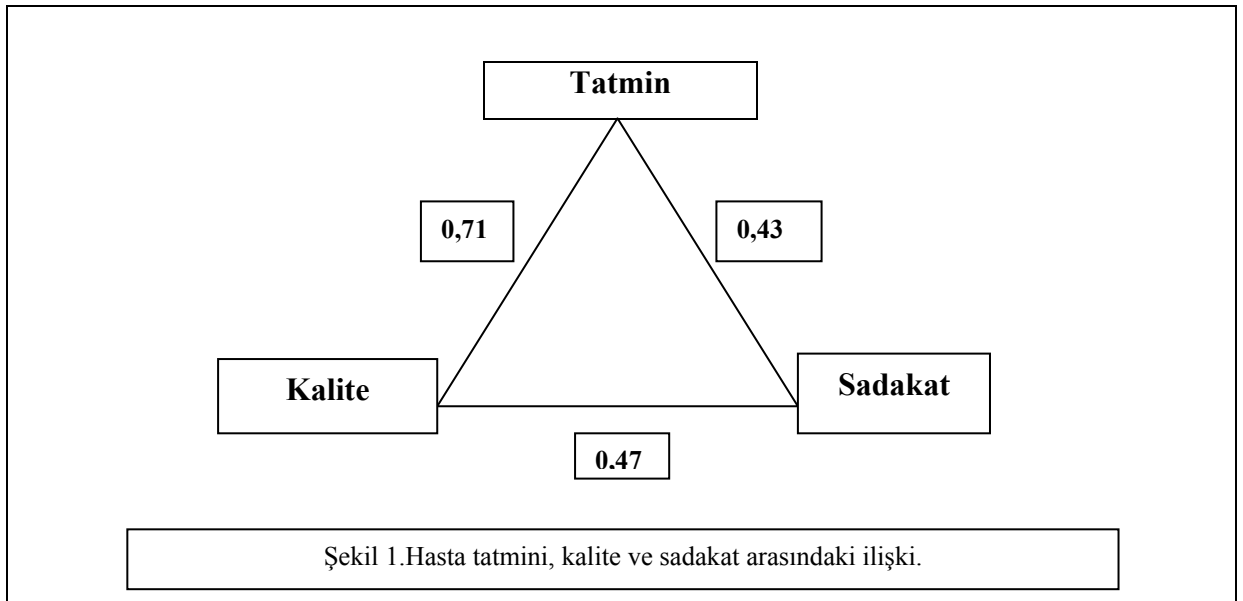
Sonuç olarak yukarıda anlatılanları özetlersek hastaların, sunulan hizmetlerle ilgili beklentilerini etkileyen dört temel olgu vardır:

- * hastanın medikal (tıbbi) ihtiyaçları,
- * diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübeler,
- * sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları
- * zihinlerindeki kalite tanımı.

Kişilerin medikal ihtiyaçları, kendilerini rahatsız hissetmeleri, kaza ya da daha farklı sağlığı bozucu bir etkileşime girmeleri ile ortaya çıkmaktadır. Tecrübe olgusu ise, hastaların bir sağlık kuruluşuna gelmeden, önce diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübelerdir. Hastalar, önceki tecrübelerine paralel beklentiler içinde olabilecekleri gibi, yakınlarının bu sağlık kuruluşu hakkında ilettikleri tecrübelerine benzer beklentiler içinde de olabilirler. (<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>,2010)

2.6. Hasta Memnuniyeti Ve Kalite İlişkisi

Hasta memnuniyeti (tatmini), sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir. Sağlık kurumları hasta sadakatini sağlamak amacıyla hasta tatmini üzerinde odaklaşmaktadır.



(Kavuncubaşı, 2000: 294-297)

Hasta geri bildirimleri ile hedeflenen esas konu gerçek, beklenen ve algılanan kalite olgularını optimize etmek ve hasta memnuniyetini yakalamaktır.

Hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konudur. Konunun hassasiyetinin en belirgin kanıtı, algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında, her zaman yakalanamayan bir uyum olma zorunluluğudur. Hastaların medikal ihtiyaçlarının yanı sıra başka ihtiyaç ve beklentilerinin de olması, salt medikal hizmet amacıyla kurulan sağlık kuruluşlarında bir yeniden yapılanma ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Artık sağlık kuruluşları, hastalarının medikal ihtiyaçlarının yanı sıra, estetik, duygusal ve kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verebilir duruma gelmek zorunda kalmışlardır.

Hizmet kalitesinin artırılması üç temel aşamada incelenebilir;

- i) kuruluşun altyapısı
- ii) kuruluşun işlettiği süreçler
- iii) kuruluşun çıktıları

Hizmet kalitesindeki eksiklikler ya da aksaklıklar incelenirken bu üç aşama gözönüne alınmalıdır. Bir sağlık kuruluşunda hasta memnuniyetini orta ve uzun vadede etkileyen en önemli faktör olan sağlık hizmeti kalitesi, ancak, o kuruluşun medikal çıktıları ile ölçülebilir. Bu çıktılar ise, o kuruluş içinde koordine edilen süreçlere bağlıdır. Süreçler de tabiki uygun ve yeterli bir altyapının varlığı ile gerçekleşebilir.

Hasta memnuniyetinin odak noktası olan sağlık bakım kalitesi konusunda yapılan uluslararası araştırmalar göstermektedir ki, salt hasta memnuniyeti odaklı hizmetlerde hastaların medikal ihtiyaçları arka plana itilebiliyor ya da salt medikal ihtiyaçların karşılanması odaklı hizmetlerde de hasta istek ve beklentileri ihmal edilebiliyor.

Sağlık kuruluşlarının hasta memnuniyetini yakalayabilmeleri için sağlık hizmeti kalitesini iki temel açıdan ön plana çıkarmaları gerekecektir:

1. Modern tıbbi bakımın gerektirdiği optimal sağlık hizmetinin verilmesi,
2. Hasta hak, ihtiyaç, istek ve beklentilerinin karşılanması.

“Kuruluşunuz için sağlık hizmet kalitesinin anlamı nedir?” sorusuna yanıtınız:

- a) standartlara uymak
- b) hasta için elimizden gelenin en iyisini yapmak
- c) hasta beklentilerini karşılamak ve aşmak
- d) hepsi

seçeneklerinin içinden tabi ki **(d)** olacaktır.

Kalitenin yönetilmesinde sağlık kuruluşu çalışanlarının üç temel konuda donanımlı olmaları sağlanmalıdır. Bunlardan birincisi motivasyondur. Çalışanların motivasyonunun ancak kendileri tarafından sağlanabileceği konusu önemlidir. İkinci temel konu çalışanlar arası iletişimdir. Bu da sistematik yaklaşım ve gerçek takım çalışması ile sağlanabilecektir. Üçüncü

temel olgu tüm çalışanların kuruluşlarına bağlılıklarının sağlanması ve kuruluşları içinde inisiyatif sahibi ve lider kişiler haline getirilmeleridir.

Motivasyon

- * Çalışan Katılımı ve Yetkilendirmesi
- * Otokontrollü Özgürlük
- * Eğitim ve Öğretim

İletişim

- * Amaç Birliği
- * Takım Çalışması
- * Karar Verme ve Problem Çözmede Bilimsel Yaklaşım

Liderlik

- * Kalite Tutkunluğu
- * Uzun Dönemli Bağlılık
- * Sürekli Süreç Gelişimi

Çalışanların karar verme, problem çözme ve sürekli gelişim süreçlerine direkt katılmaları kritik ve önemle yer verilmesi gereken bir yaklaşımdır. Çalışanların kendi çalışma düzenleri ve iş süreçleri ile ilgili kaliteyi artırıcı ve yan etkileri olmayan değişim önerileri dikkatle değerlendirilmeli ve geçerliliği olan yenilikler örnek teşkil etmek üzere ilan edilerek tanıtılmalıdır. Bu tür faaliyetler, kalite gelişimi için en etkili faaliyetler olma özelliğindedir.

Kalite Yönetimi çalışanların özgürce düşünebilen ve yeteneklerini, kapasitelerini özgürce ortaya koyabilecekleri ortamın yaratılmasını önerir. Bazen, çalışanlara verilen inisiyatiflerin yönetimin gücünün ya da yetkisinin kaybolması gibi düşünülür. Oysa, kuruluş içinde yaratılacak özgürlük, aslında, Kalite Yönetimi' nin temelinde olan sistematik kontrolün sağlanması ile kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Kalite standartlarına uygun yapılan mal ve hizmet üretimi sisteminde, çalışanların, kalite anlayışının sahiplenilmesinden önceki döneme nazaran, kalite gelişimi için ayıracakları daha çok zaman olacağından, işteki özgürlükleri ve işlerine hakimiyetleri daha da artmış olacaktır.

Sürekli eğitim ve öğrenim Kalite Yönetimi için vazgeçilmez şarttır. Yönetim, tüm çalışanlarının, hem kişisel hem de mesleki açıdan gelişimlerini destekleyecek eğitimlere katılmalarını teşvik etmelidir. Sürekli eğitim alan çalışanlar, mevcut kapasitelerini aşip kalite mücadelesini sürükleyeceklerdir.

Yönetim ve çalışanlar arasında doğal olarak ortaya çıkacak anlaşmazlıkların tamamen ortadan kaldırılacağı ya da sendikalara bile ihtiyaç kalmayacağı tabii ki ütopyik bir düşün-

cedir. Ancak, Kalite Yönetimi'ne ulaşmak isteyen kuruluşların yönetim ve çalışanları arasında bir amaç birliği yaratmaları elzemdir.

Kalite Yönetimi anlayışı, kuruluş içi rekabetten sinerji yaratılmasını ve bu enerjinin de dış rekabet için kullanılmasını öngörmektedir. Kuruluşların kalite mücadelelerinde sadece işletme içinde değil, var oldukları sistem ile de takım çalışması içine girmesi gerekmektedir. Kalite mücadelesinde işletmelerin diğer takım arkadaşları, tedarikçileri, müşterileri, devlet kuruluşları ve yerel yönetimlerdir. Mal ve hizmetlerin üretilip sunuldukları sistemin gelişimi mal ve hizmetlerin kalitesini birinci derecede etkilediğinden, bu sistemlerin sürekli gelişimi de ayrıca ele alınmalıdır.

Kalite Yönetimi'ne ulaşmada, her ne kadar çalışanların becerilerinin artırılması, katılımlarının sağlanması ve yetkilendirilmeleri önemli ise de, karar verme ve problem çözme süreçlerinde ampirik veri ve bilimsel metot kullanım ihtiyacı da elzem olmaktadır. Mevcut durum analizi, gelişmenin kaydedilmesi ve izlenmesi ile belirli kıyaslamaların yapılması tüm bu bilimsel yaklaşımın konu başlıkları olmaktadır.

Belirlenen kalite standartlarının yakalanması, kuruluşun tüm çalışanlarının kaliteye ve yararlarına içten inanmaları ve gönül vermeleri ile mümkün kılınmaktadır. Bu koşul sağlandığında “yeterince iyi” hiçbir zaman “yeterince iyi” sayılmamaktadır.

Yönetim kapasitelerini ve becerilerini kısa süreli seminerler ile artırma eğiliminde olan işletmelerin Kalite Yönetimi'ni de benzer anlayış içinde yürütme girişimleri çoğu zaman başarısızlık ile sonuçlanmaktadır. Nitekim, genelde düşülen hata, üst kademe yöneticilerin Kalite Yönetimi'nin tüm faydalarından yararlanmak istemeleri, ancak, bunun yerine getirilmesi için bir uzmanın istihdamı ve/veya çalışmalar için gerekli bütçeyi ayırmanın ilerisine gidemiyor olmalarıdır. Oysa Kalite Yönetimi, uzun ve taşlı bir yolu kat etmeyi göze almayı ve bu anlayışın müessesenin işleyişinin doğal bir parçası haline getirilmesini öngörmektedir.

2.7. Hasta Memnuniyet Ölçümü ve Performans Gelişimi

Rekabet gücünü arttırıp pazarda sürekli hizmet verme gayretinde olan diğer tüm kuruluşlar gibi sağlık kuruluşları da hizmetlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve ne derecede memnun kalındığını araştırmak, öğrenmek, değerlendirmek ve harekete geçmek zorundadırlar. Hastalardan geri bildirim toplamayı ve değerlendirmeyi sürekli hale getiren sağlık kuruluşları;

- * verimliliği, etkililiği ve kaliteyi yakalarlar,
- * sürekli kalite gelitimi içinde olurlar,
- * kalite odaklı kurumsal kültür oluşumunu hızlandırırılar,
- * rekabet güçlerini arttırıp, sektör lideri olurlar.

Hasta memnuniyeti ölçümlerinin

1. Amaçlara uygun hazırlanmış olması
2. Çalışanları ya da hastaları rencide edici unsurlar bulundurmaması
3. Kolay ve az maliyetli uygulanabilir olması
4. Sonuçlarının sistematik analiz edilebilir olması dikkat edilecek temel kriterlerdir.

Hastanelerin, hasta geri bildirimlerinden yararlanarak performans arttırımına gidebilmeleri için bu verileri sistematik bir şekilde toplama, değerlendirme ve sonuçları -eski süreçlerini yenileme ve yeni süreçler geliştirme için- kullanma yoluna gitmeleri gerekmektedir. Hasta memnuniyetini ölçmek ve ölçüm sonuçlarını performansa yansıtılabilmek için gerekli olan bu sistematigi hastaneler, aşağıda tanımlanan süreç içinde yakalayabilirler: Hasta memnuniyetini performansa yansıtılabilmek için geliştirilecek sürecin tasarımı aşağıdaki öğeleri içerir;

- * hastane tarafından hizmet verilen hasta gruplarının incelenmesi
- * hastaları etkileyen önemli klinik ve idari fonksiyonların incelenmesi
- * her bir fonksiyonda hastaları etkileyen performansın boyutları
- * hasta memnuniyetini ölçme ve değerlendirme yollarının incelenmesi

Her bir hasta grubunun kendine özgü ihtiyaçları ve beklentileri olacaktır. İhtiyaç ve beklentilerdeki bu farklılıkları ortaya çıkarmak önem kazanacaktır. Hastaları gruplamanın bir yolu onların geçmişi olabilir, yani, şimdiki hastalar, eski hastalar, rakiplere giden potansiyel hastalar, ihtiyaçlarını farklı hizmetlerle karşılayan potansiyel hastalar vb. Hastaları gruplamanın başka bir yolu da hastalığa ya da teşhise göredir ki bu durumda da hastaların hizmetlerden beklentileri farklılaşacaktır. Hastane daha başka bir gruplamaya giderek, gelirlerinin en çok kısmını oluşturan ve hastanenin uzmanlaşmak istediği belirli hastalık grubundaki hastalara odaklanabilir.

Hasta memnuniyeti ölçüm ve değerlendirme yöntemleri kendi başlarına değerlendirilmemeli aksine kuruluşun genel performans ve gelişim ölçümlerine paralel hale getirilmelidirler. Dolayısıyla hasta görüş ve önerilerinin incelenme önceliklerine karar verilmeden önce yapılması gereken işlem bu çalışmanın kuruluşun genel durumu hakkında vereceği bilgidir. Hasta geri bildirimlerinin toplanacağı alanlar kuruluşun genel işletme politikalarına uyumlu olmalıdır. Dolayısıyla bu alanların belirlenmesinde belirli önceliklerin gözetilmesi gündeme gelecektir. Bu önceliklerinde kuruluşun vizyonunu, misyonunu, ilke ve stratejilerini yansıtıyor olması oldukça önem kazanacaktır.

Etkinlik	Hastalara uygulana tedavinin etkinliği. İstenilen tıbbi sonuçların alınabilmesi için ortaya konan yaklaşım.
Uygunluk	Hastaya uygulanan tedavi ve müdahalenin hastanın tıbbi ihtiyaçlarına uygunluğu.
Mümkünlük	Hastaya ihtiyaç duyulan test, tedavi ve müdahalenin yapılabilir olması.
Zamanlılık	Hasta için ihtiyaç duyulan müdahalenin zamanında yapılabilmesi.
Etkililik	Hastaya verilen hizmetlerin doğru, tam olarak ve etkili olarak verilmesi.
Süreklilik	Hastaya hizmetin gerekli disiplinler koordinasyon ve sevk zinciri içinde verilmesi, kesintiye uğratılmadan verilmesi.
Güvenilirlik	Hastaya yapılan müdahalenin hizmet sunucu, uygulayıcı ve tabiki bizzat hasta için tehlikeden ve riskten uzak bir şekilde verilmesi.
Verimlilik	Hizmeti üretmek ve sunmak için kullanılan kaynaklar ile hizmet çıktısının uygunluğu ve kalitesi arasındaki uyumlu ve orantısal ilişkinin sağlanması
Saygı ve Şevkat	Hastalara hizmetlerden faydalanmaları sırasında istekleri, ihtiyaçları, hakları ve beklentileri gözönüne alınarak ilgi ve şevkat gösterilmesi.

Tablo 3. Performans Boyutları

Ölçüm yapmanın temel amaçlarından biri de kuruluşun performansı hakkında bilgi verecek geçerli ve güvenilir verilerin temin edilmesidir. Dolayısıyla hastaların ihtiyaçlarını, beklentilerini, tatminini ve diğer algılamaları ile ilgili toplanacak verilerin güvenilir ve geçerli olması ve de kuruluş performansı ile ilişkilendirilebilmeleri için sistematik yöntemlerin kullanılma gereği vardır.

Yöntem

- * Ne tür veri toplanacak?
- * Veri toplamasına kimler katılacak?
- * Veri ne zaman, nerede ve nasıl toplanacak?
- * Ne tür veriye ihtiyacımız var?
- * Bu veriye neden ihtiyacımız var?
- * Hali hazırda ne tür verimiz var ve ne tür verileri elde etmeliyiz?

2.7.1. Alternatif Ölçüm Metotları

* Odak Grup Çalışması: Küçük bir hasta grubu (8 ile 12 kiti) ile yürütülür ve çalışmayı koordine edenin hastaların belirli konularda görüşlerini alması ile gerçekleşir.

* Kritik Olay Değerlendirmesi: Uygulayıcı hastaya belirli bir olay hakkında soru sorar ve kritik gördüğü konuları açıklamasını ister.

* Direkt Gözlem: Uygulayıcı hastaları yakından izler ve ihtiyaçları ve memnuniyetlerini yakından gözler. Alternatif olarak uygulayıcı bir hasta gibi de davranabilir.

* Mektup ve Önerilerin İçerik Analizi: Hastaların yazdıkları mektuplar içerik açısından incelenir ve analiz edilir.

* Yazılı Anketler: Hastaların hastanede kaldıkları belirli bir gün sonunda doldurmaları ya da evde doldurup yollamaları istenir.

* Arşiv Çalışması: Hastaların bazı tutum ve davranışları kaydedilir ve buradan hastaların nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadıkları arşivlenir (örneğin tepside bırakılan yemek çeşitleri).

* Telefon Anketleri: Yazılı anketler gibidir ancak hastalar sorulara telefonda cevap verirler.

* Yüz Yüze Görüşme: Uygulayıcı hastaya belirli konulardaki görüşlerini yüz yüze görüşerek sorar.

Hasta memnuniyetinin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem “anket” tir. Daha çok konuyu daha etkili ve daha az maliyetli kapsamı nedeniyle anketler sağlık sektöründe de kullanılan en yaygın yöntemdir. Herhangi bir konuda düzenlenecek anketin bazı temel özellikleri taşıması gerekecektir. Ankette sorulacak soruların düzenlenmesi, cevap seçeneklerinin sayısı ve türleri, öğrenilmek istene konuların kategorizasyonu anket hazırlanırken dikkat edilecek hususlardır. Örneğin duyu ve düşünce ağırlıklı cevaplanan anketlerde duyu ve düşüncenin gücünü ve yoğunluğunu ölçmek için asgari 5 seçenekli cevap yapısı olmalıdır. Bu yolla duyu ve düşünceler belirli bir hassaslıkta ölçülmüş olacaktır. Açık uçlu soru adı verilen seçmeli cevabı olmayıp, cevabın belirli bir boşluğa yazılması istenen soruların yapıları da titizce ele alınmalıdır.

Anketlerin öğretim grubu, cinsiyet, gelir durumu, yaş ve benzeri kategorizasyon altında değerlendirilmesi öngörülüyor ise anket içinde bu tür sorulara da yer verilmesi gerekecektir. Ancak unutulmamalıdır ki anket yapılan bireylerin bu tür özel sorulara cevap vermesi zorunlu tutulamaz.

Müşteri memnuniyetinin ölçümü için tasarlanacak bir anket üç temel alanda ortaya çıkacak kriterleri incelemeyi hedefliyecektir. Bu temel alanlar; i) kuruluşumuzun fizik, teknolojik ve insangücü altyapısı (altyapısal), ii) kuruluşumuzda gerçekleştirilen hizmetlerin üretim ve sunuluş süreçleri (süreçsel), iii) kuruluşumuzda verilen hizmetlerin nimeti ve külfeti (çıktısal).

Buna göre her bir başlık altında aşağıdaki listeleri oluşturmak mümkün olacaktır. Ülkeden ülkeye, sektörden sektöre, kuruluştan kuruluşa, departmandan departmana ve hatta kullanıcıdan kullanıcıya değişecek bu kriterleri çoğaltmak yada farklılaştırmak mümkün olabilecektir. Aşağıda bir sağlık kuruluşu için düzenlenecek hasta memnuniyeti ölçüm anketinde kapsanması gereken asgari konular belirtilmektedir.

Ham veri tek başına hiçbir şey ifade etmeyecektir. Hastaların ihtiyaçları, beklentileri ve memnuniyeti hakkında toplanan verilen dikkatlice değerlendirmeye tabi tutulmaları gerekecektir. Bu değerlendirme bize,

- * mevcut performans hakkında bilgi verir
- * gelişim için karşılaşılan fırsatları belirtir
- * farklı fırsatlar arasından öncelikleri sıralamamızda ve
- * gelişimin sağlanabilmesi için ana problem nedenlerini belirlememizde yardımcı olur.

Bu değerlendirme daha çok açık uçlu sorular için kullanılır. Örneğin hasta; “hemşireler çok naziktiler, ancak ihtiyacım olduğunda çoğu zaman meşguldüler...” şeklinde yanıt veriyor ise bu durumda bu soru için cevap kategorileri açma zorunluluğu doğacaktır. Örneğin; birinci kategori hemşirelerin nezaketi, diğer bir tanesi ise meşguliyetleri. Bu kategorileri çoğaltmak mümkün olabilecektir. Daha sonra belirlenen her bir kategori için cevap frekansları gözlenecektir. Anketlerin en keyifli kısmı olan açık uçlu soruların değerlendirilmesi bir o kadar güç olmaktadır.

Sayısal verinin değerlendirilmesi istatistiksel araç ve yöntemler ile yapılmaktadır. Anket sonuçlarının kolayca değerlendirilebileceği hazır bilgisayar programları bulunmaktadır. Değerlendirmede hazır programlar kullanılabilir gibi, istatistik uzmanlarına da sonuçların analiz ettirilmesi mümkün olabilir.

Hasta memnuniyeti ölçümünün takibinde uygulama ekiplerinin en çok yararlandıkları ve kullandıkları araçlar istatistiksel süreç kontrol araçlarıdır. Bu araçlar bütünüyle sorunlara sebebiyet veren hatalı ya da eksik uygulamaların belirlenmesi ve bu olumsuzlukların giderilmesi için çözüm önerileri geliştirilmesi ve işleme konulması ile işleme konan önerilerin etkilerini ölçmek amacıyla geliştirilmişlerdir.

- * Yeni bir sürecin ya da eskisinin yeniden tasarlanmasında iş akış şemaları kullanılabilir
- * Beyin fırtınası oturumları yaratıcı gelişim konusunda yararlanılabilir
- * Pareto Analizleri geliştirme çalışmalarının problem noktaları üzerindeki etkisini ölçmede kullanılabilir

* Kontrol şemaları süreç üzerindeki değişikliklerin etkisini ölçmede kullanılabilir.

2.8. Hasta Sadakati Kavramı

Önceki bölümlerde de değindiğimiz gibi hasta memnuniyetinin bir davranış olmadığı, ancak davranışı etkileyen beklenti ve algılamalardan oluşan bir duygu olabileceğini saptamıştık. Ayrıca hasta memnuniyetinde genellikle hastanenin hastaları kapsandığından, pazarın durumu, rakiplerin performansları göz önünde bulundurulmamaktadır. Rekabetin yoğun yaşandığı günümüzde, hastaların sürekli artan beklentilerini, onlara rakiplere göre fazladan bir şeyler sunarak karşılamak ve kuruluşa bağlı hastalar yaratmak gerekliliği ile karşı karşıya gelmektedir. Bu aşamada karşımıza çıkan kavram “hasta sadakatidir”.

Sağlık kuruluşları için son derece önemli olan *hasta sadakati*, “Hastanın hastane ile ilişkilerini devam ettirip, diğer yandan hastanenin hizmetlerini potansiyel hastalar tavsiye etmesi” olarak tanımlanabilir.

2.8.1. Hasta Sadakati Sağlamanın Yararları

Hastaların sağlık kuruluşuna sadık olmasının yararları ayrıntılı olarak incelendiğinde hasta sadakati adı verdiğimiz davranışın en temel etkisinin hastayı elde tutma olduğu görülmektedir. Sadık hasta sonraki hizmet ihtiyaçlarında aynı tedarikçiyi tercih eder. Hizmetin büyük miktarlarda aynı hastalara sunulmasıyla faturalama, dağıtım, reklam giderlerinde azalma görülecektir.

Hasta sadakatinin diğer bir etkisi de memnun hastaların kurumunuz ürün/hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesidir. Gerçekten de yeni kazanılan hastaların yarısına yakın bir kısmının kuruluşun devamlı hastaların tavsiyeleri ile elde edildiği araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur. Artık kuruluşlar sadık hastalarla çalıştıklarında, elde edecekleri kazancı hesaplamaktadırlar, örneğin ABD’de hayatı boyunca bir özel hastaneden hizmet alan hastadan (ortalama büyüklükteki ailesi ile birlikte) elde edilebilecek değer 250 000 \$ olduğu belirlenmiştir. Yeni bir hasta kazanmanın maliyetinin de eski bir hastayı elde tutmaktan 5-7 kez daha fazla olduğu araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur.

Hasta ile güvenilir bir işbirliği elde edildiğinde, yani sadık bir hasta yaratıldığında, bu hasta kuruluşun sunduğu ürün/hizmete pazardaki diğer ürün/hizmetlerden daha fazla para ödemeye hazırdır. Bu da kuruluşun karına doğrudan etkisi olan bir unsurdur. Tüm bu etkilerin kuruluş için anlamı ise; mevcut ve tekrarlı hastalardan gelir, pazar payındaki artış, hasta kazanma maliyetinde ve işletme giderlerinde azalma, sonuç olarak kuruluşun karlılığıdır.

Hastaların sadık olma nedenlerinden ilki ve en önemlisi sunulan ürün ve hizmetten çok memnun olmalarıdır. Kuruluşun sektörde çok güçlü bir adı varsa, teknolojiye liderse, hastaları ile sosyal ve kültürel bağları varsa ya da pazarda başka rakip yoksa, hastalar bu sağlık kuruluşuna sadık kalacaklardır.

Kuruluşlar sadık hastalar yaratmak için asla onların ne isteyebileceklerini tahmin etmeyip, ne istediklerini ve en çok neye önem verdiklerini direkt ve açık olarak sormalıdır. Bu yapılmazsa hastanın fazla önem vermediği konuların iyileştirilmesi için boşa kaynak harcanmış olacaktır. Pazar araştırmaları, hasta isteklerini sorgulamak için bir yöntemdir. Ancak pazar araştırmalarında, isteklerin önceliklerini belirlemek karşılaşılan bir sorundur.

Hastalara en çok ne istediklerini ve neye önem verdiklerini sormak için kullanılan yöntemler, anketler, hastalarla yapılan toplantılar veya ziyaretler sırasında, seçenekler arasında öncelik belirtilmesini istemektedir. Önceliklerine göre istekler öğrenildikten sonra hizmetlerde iyileştirme yapılmalı, ayrıca hasta isteklerinin karşılanıp karşılanmadığı da ölçülmeli, dahili ölçümlerle karşılaştırılarak sonuçlar doğrulanmalıdır.

Hasta istekleri belirlendikten sonra, kuruluşun, rekabetçi ortamda bunları ne derece karşılayabildiği de ölçülmelidir. Bu adımda kullanılacak yöntem kıyaslama yöntemidir. Elde edilen veriler, hastaların verdikleri öncelikler ve algılamalarla kıyaslandığında, kuruluşu pazar payını artırıcı hizmet tasarımına yöneltecektir.

Bir sağlık kuruluşunun hastalarının sunulan hizmetler hakkında bildirdiği şikayetler iyileştirme için önemli fırsatlardır. Şikayetini bildirmeden kuruluşun hizmetini kullanmaktan vazgeçen hasta, kuruluş için kayıptır. Problemin ne olduğunu bilmeyen kuruluşun, iyileşme çalışması yapma fırsatı da olmayacaktır. Fakat problem bilirse ve hasta ile yakından izlenip hızlı ve etkin çözüm sağlanırsa, hasta bu ilgiyi ve servisi hiç unutmayacak, çevresinde bu olaydan bahsedecek, kızgın hasta sadık hasta haline gelecektir.

Amerika'daki bir Teknik Destek Araştırma Çalışması sonucunda, şikayeti çözümlenen hastaların %63'ünün bir daha o kuruluş ile çalışmadığı, ancak şikayeti çözümlenmiş hastaların %90'ının hizmet aldığı kuruluşa sadık kaldığı tespit edilmiştir.

Başka bir araştırmada da, yine Amerika'da büyük bir hasta memnuniyeti araştırma firması tarafından, büyük bir hastanenin 1179 hastası üzerinde yapılan bir araştırma sonucunda ise, en çok şikayet eden hastaların hastanenin en iyi ve en memnun hastaları olduğu tespit edilmiştir.

Bu örneklerden de anlaşılacağı gibi, kuruluşların, şikayeti kolaylaştıracak sistemler geliştirmeleri (800'lü telefon hatları gibi), şikayet alındığında hızlı ve etkin çözüm sunmaları sadakati arttıracaktır.

Forum Corporation adlı bir araştırma firmasının bulguları hastalarla olan güçlü ilişkilerin sadakat ile yakından ilgisi olduğunu ortaya koymuştur. Üretim ve servis sektöründeki 14 büyük firma ile yürütülen çalışma sonucunda müşteri kaybetmenin yaklaşık %70 oranında üründen bağımsız nedenlerden kaynaklandığı bulunmuştur. Üründen bağımsız nedenlerin, müşteri ile ilgilenilmemesi, servis verenlerin kalabalığı, yardımcı olmamaları gibi müşteri ilişkilerine bağlı unsurlar olduğu belirlenmiştir.

Pazarda hizmet alternatifi çoğaldıkça sadık hasta yaratmanın yollarından birinin de hastalarla kurulan iyi ilişkiler olduğu anlaşılmıştır.

Artık bazı hastaneler, hastalarının isim ve adreslerini, kişisel zevklerini, alışkanlıklarını, hobilerini kayıt etmek için veri tabanları kullanmaktadır.

Hastalarla yüz yüze gelinen durumlardaki (faturalama, reklamlar, telefon görüşmeleri, toplantılar, ziyaretler, teknik destekler, şikayetler,..v.b.) her türlü ilişkide kuruluşun imajı algılanacağından, bu ilişkilerdeki en küçük aksaklık kuruluş imajını zedeleyecek ve sadakat üzerinde olumsuz etkiye neden olacaktır. Ön cephe personeli olarak da adlandırılacak bu çalışan grubunun hastaya olan her davranışı kuruluşu temsil ettiği için, bu personelin bilgili, yetkili, karar verme, ilişki geliştirebilme, etkileme gücü yüksek kişiler olması gerekmektedir.

Kişisel ilişkilerin dışında uzun vadeli iş ilişkileri kurmak, bu iş ilişkilerinde hastalara toplam çözümler sunmak için hasta ilişkilerinin bir süreçle yönetilmesi sadakati arttıracak unsurlardandır.

Sadık hastalar kuruluşun karlılığını daha fazla arttırdığından onlara daha fazla değer sunmak, onları elde tutmak için gerekli görülmektedir. Bu konuda kullanılan yöntemler arasında özel günlerde (doğum günü, yılbaşı, bayramlar...) hediyeler göndermek, indirim kartlar vermek yer almaktadır. Ayrıca hastaya özel çözüm sunmak da sadakati artırıcı yöntemler arasındadır. Örneğin Amerika'da Levi Strauss 10\$ fazla ödeyenlere, ölçülerine uygun kot dikerek, ücretsiz eve teslim etmekte, Amerikan Havayolları, yemeğini uçakta verilen saatte yemek istemeyenler için istenilen saatte yemek servisi yapmaktadır.

Ancak bu programların gerçek sadakat oluşturmadığı ve sona ermeleri durumunda hasta sadakatinin de sona erebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Pazarda güçlü bir adı olan alanında lider sağlık kuruluşlarına, hastalarının daha sadık olduğu araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur.

Hastaların gözünde kuruluş imajının güçlenmesi, verilen reklamlar, çevreye duyarlılık, vergiler, yardımlar, bağışlar, spora, kültüre katkı konusundaki faaliyetler, kuruluşun başında yer alması gibi yöntemlerle gerçekleşecektir.

Rekabet koşullarının gittikçe sertleşmesi, pazara giren rakiplerin sayısının hızla artması ve geçmişe oranla daha bilinçli seçme şansına sahip olan hastalar, sağlık kuruluşlarının bugüne kadarki performansının, gelecekteki iş başarılarını garantilemeye yetmeyeceğini göstermektedir. Artık kuruluş için önemli olan rakiplerden farklı kılacak yeteneklerini geliştirerek, hastalarını sadık hale getirmesidir. İç,dış ve global müşterileriyle ortak çözümler geliştirip, onlara beklentilerini aşan hizmet sunan, onlarla ilişkilerini güçlendiren, bu faaliyet alanında en iyi olan kuruluşlar, hasta sadakatini sağlayarak, karlılık ve pazar paylarını arttırma yolunda önemli bir adım atmış olacaktadırlar. (<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİ

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Türkiye’de sağlık hizmetleri kamu ekonomisinin temel hizmet alanı içinde görülmüştür. Bu kapsamda temel sağlık hizmetleri toplumun tümünü kavrayacak şekilde yürütülmeye çalışılmıştır. Temel sağlık hizmetlerinin dışında kalan özellikle ikinci ve üçüncü basamak tedaviye yönelik hizmetler, piyasa ekonomisi tarafından da üretilmektedir. Özellikle son yıllarda küresel gelişmelerin de etkisiyle, sağlık hizmetlerinin piyasa sektörü tarafından sunumunda artış gözlenmektedir.

3.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Hukuki Altyapısı

1961 Anayasasının 49. maddesinde sağlık temel bir hak olarak tanımlanmıştır. Sosyal bir devletin en önemli fonksiyonu olan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin tüm sorumluluğu devlete ait kılınmıştır. Nitekim bu yaklaşım Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda da devam ettirilmiş ve daha önce de ifade edildiği gibi 224 sayılı Yasa ile sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunu sağlayacak hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Bu yaklaşım “halk sağlığının devlet tarafından korunması” gibi bir anlayışın geçerli olduğunu göstermektedir.

1982 Anayasası’nda devletin sosyal boyutu 1960 Anayasası’ndan farklı bir şekilde biçimlendirilmiştir. Sağlık hizmetleri, 1960 Anayasa’ında olduğu gibi devletçe sağlanan temel sosyal ve ekonomik bir hak olmaktan çok, devletçe planlanan ve denetlenen bir hizmete dönüşmüştür. Bu anlayışın uygulamadaki izdüşümü ise, sağlık hizmetlerinin üretimi, sunumu ve tüketiminin piyasa ekonomisi koşullarında daha ağırlıklı olarak yer alması ve rekabetçi bir ortamın yaratılarak hizmetlerin etkinliğinin ve kalitesinin artırılmasının hedeflenmesi idi. 1982 Anayasa’sının “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” başlığı altında 56. maddede, “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir... Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak... amacı ile sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirir” hükmü yer almaktadır. Anayasa’nın üçüncü bölümünü oluşturan “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” başlığı altında, 58. ve 61. maddelerde, devletin sosyal koruma görevine ilişkin hükümler yer almaktadır. 58. maddeye göre, “Devlet gençleri alkol düşkünlüğünden uyuşturucu maddeler-

den... korumak için gerekli tedbirleri alır”, 61. maddeye göre ise, “devlet sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır”. Bu hükümlerle, devletin sağlık hizmetlerini denetleyen, bunun yanında da tüm toplum için planlayan otorite olduğu vurgulanmaktadır.

3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (Toplumsallaştırılması)

Sosyalleştirme; vatandaşların tamamına gelir düzeylerinden bağımsız bir şekilde belli mal ve hizmetlerden yararlanabilmeleri için eşit fırsatın verilmesidir. Sosyalleştirme, kamu ve özel mal ve hizmetler için, toplumsal fayda üretilerek ileri bir refah düzeyine ulaşılması amaçları ile uygulanır. Genellikle her ülkede bu kapsama giren mal ve hizmetler arasında başta sağlık ve eğitim gelmektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri birçok ülkede sosyalleştirme kapsamında yer almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sosyalleştirildiğinde toplumsal sağlık sorunlarının azalması beklenir. Bu sayede sağlık harcamalarının azalması ve tasarruf yapılması umulur. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirme 1960’larda başlatılmıştır. Buna karşın koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda etkin ve yeterli bir organizasyon gerçekleştirilememiştir. Bu kapsamda sağlık ocakları, dispanserler kurulmuş ve hatta hiçbir geliri ve sağlık sigortası olmayan yoksullara “yeşil kart” uygulamasına geçilmiştir. Ancak bu konuda da çok etkin bir hizmet gerçekleştirilememiştir. Ayrıca “genel sağlık sigortası” sistemi kurulamadığı için sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli sıkıntılar yaşanmış ve bu durum sağlık hizmetlerinin kalitesinin giderek düşmesine neden olmuştur. Türkiye’de 5 Ocak 1961 tarihinde yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile birinci basamak sağlık hizmetleri düzenlenmiştir. Bu kapsamda yer alan hizmetlerin giderlerinin tamamının genel bütçeden finanse edilmesi öngörülmektedir. Halen yürürlükte olan bu kanun, özellikle çıkarıldığı yıllarda büyük bir sağlık reformu olarak kabul edilebilir. Kanun, ilk defa Muş’ta uygulanmaya başlanmıştır. 1984 yılında ise ülke genelinde yaygın bir sağlık hizmeti haline getirilmeye çalışılmıştır. Bu örgütlenme dışında kalan hiçbir yerin kalmaması temel hedef olarak belirlenmiş ve bunda da önemli bir ilerleme sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi birinci basamak sağlık hizmetleri yanında kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin genelini ve buna bağlı olarak sağlık hizmetleri sunumunun nüfusa dayalı olarak planlanması ve örgütlenmesini düzenlemektedir. Sağlıkta sosyalleştirme yasasının en büyük faydası bireyi, ailesi ve çevresi ile bütünleşik olarak ele almasıdır. Böylece temel sağlık hizmetlerine en az maliyetle ve etkin bir şekilde yararlanması amaçlanmıştır. Günümüz sağlık politikalarını ve reform süreçlerini yönlendiren daha dar kapsamlı bir sosyalleştirme politikasıdır. Devlet ve piyasa işbirliğine dayalı bir sağlık hizmet sisteminin oluşturulmasında sosyalleştirme

herkese eşit sağlık hizmeti sunulması ilkesini barındırır da önceki devletçi anlayıştan farklı olarak muhtaçlık ve yoksulluk temelinde devletin herkesi kapsamaması; bunun dışında kalanları da kısmen finanse etmesi söz konusudur. Hizmetlerin sunumundan yararlanmada eşitlik kistası korunurken, finansman açısından ödeme gücü kriteri öne çıkmaktadır.

3.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunulması

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkemizde kademeli bir sağlık sistemi mevcuttur. Dört basamaklı olarak nitelendirilen bu sistem kapsamında Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici üst kurum olarak görev almaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin gördürülmesinden de sorumludur. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan sağlık birimleri; sağlık evi-sağlık ocağı, AÇS-AP merkezi (ana-çocuk sağlığı), dispanserler, özel-kamu işyeri hekimliği, özel muayenehaneler ve bağımsız kuruluşlardır. Bu birimler, temel sağlık hizmetleri kapsamında yer alan hizmetleri görürler. (<http://www.sayistay.gov.tr/yayin/dergi/dergi3.asp?id=502,2010>)

Ülkemizde sağlık hizmetleri başta devlet olmak üzere, vakıf, dernek ve özel girişiminin ortak katılımı ile yerine getirilmektedir. Aşağıda sağlık hizmeti üreten kurumlar ve bu kurumların ürettikleri hizmetler sınıflandırılmaktadır:

- **Sağlık Bakanlığı:**

Ülkenin genel sağlık politikasının belirlenmesi, planlama, koordinasyon, kaynak temini, kaynakların dağıtımı, halkın sağlık eğitimi, sağlık işgücü eğitimi, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi ve bunun için kurumlar oluşturulması, ilaç üretimi ve ithali, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, adli tıp hizmetleri, özel sağlık kurumlarının açılmalarına izin verilmesi ve denetimi, gıda maddelerinin sağlığa uygun olup olmadığının denetimi gibi birçok hizmet SB tarafından yürütülmektedir.

- **SSK**

Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlık işgücü eğitimi, ilaç üretimi, iş ve işçi sağlığı hizmetleri vermektedir.

- **Türk Silahlı Kuvvetleri**

Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, ilaç üretimi ve sağlık insan gücü eğitimi hizmetleri vermektedir.

- **Belediyeler**

Temiz su temini, atıkların imha edilmesi, sağlıklı konut, hava ve çevre kirliliğinin önlenmesi, gıda üreten iş yerlerinin denetimi, gibi koruyucu hizmetler ve tedavi edici sağlık hizmetleri vermektedir. Bunlardan başka terk edilmiş, öksüz, yetim çocuklara bakmak ve fa-

kir ailelerin yiyecek, giyecek, yakacak, barınma ve eğitim masraflarını karşılamak belediyelerin yürüttükleri görevler arasında yer almaktadır.

- **İl Özel İdareleri**

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve diğer sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için maddi destek vermektedir.

- **Üniversiteler**

Araştırma-geliştirme, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlıklı insan gücü eğitimi, ilaç ve serum üretimi gibi hizmetler vermektedir.

- **Diğer Bakanlıklar ve Kamu Kuruluşları**

Çevre Bakanlığı, İç işleri Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı, Tarım Bakanlığı gibi kimi bakanlıklarla, SHÇEK ve kimi KİT'ler sağlık hizmeti üretimine doğrudan veya dolaylı katkı sağlamaktadır. Bu kurum ve kuruluşlar koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri vermektedirler.

- **Özel Sektör**

Hastane, poliklinik, sağlık merkezi, taş kırma üniteleri, diyaliz merkezleri, görüntüleme ve teşhis üniteleri, rehabilitasyon hizmetleri, eczacılık, optisyenlik, kan ve kan ürünleri, ilaç üretimi ve dağıtımı, kimyasal madde üretimi, tıbbi cihaz ve sarf malzeme üretimi, protez-ortez üretimi, ambulans işletmeciliği, evde bakım hizmetleri gibi birçok alanda hizmet vermektedir.

- **Vakıf, Dernek ve Hayır Kurumları**

Bu kurumlar tarafından genellikle sağlık eğitimi, sağlık işgücü eğitimi, teşhis, tedavi ve rehabilitasyona yönelik hizmetler verilmektedir. Kızılay, Yeşilay, Vakıf Gureba Hastanesi örnek olarak verilebilir.

- **Azınlıklar ve Yabancılar**

Yataklı ve yataksız tedavi kurumları işletmeciliği yapmaktadırlar. (Güleş ve Özata, 2005; 4-6)

Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

- * Üniversite Hastaneleri
- * Eğitim Hastaneleri
- * Araştırma Merkezleri
- * Devlet Hastaneleri
- * Özel Hastaneler

- * Askeri Hastaneler
- * Sağlık Evi
- * Sağlık Ocağı
- * AÇS-AP Merkezi (Ana-Çocuk Sağlığı)
- * Dispanserler
- * Özel-Kamu İşyeri Hekimliği
- * Özel Muayenehaneler
- * Bağımsız Kuruluşlar

Yukarıda yer alan sağlık listesinde görüldüğü gibi ikinci basamak sağlık hizmetleri devlet hastaneleri, özel hastaneler, askeri hastaneleri kapsamaktadır. Bu kapsamda yer alan hizmetler yataklı tedavi hizmetleridir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin eğitim, araştırma ve bilimsel kıstaslarda hizmet üretimini sağlayan birimlerce sunulmaktadır. Üniversite, eğitim hastaneleri ile araştırma merkezleri bu kapsamda yer almaktadır. Diğer basamak hizmetler ile karşılaştırıldığında maliyeti en yüksek basamak hizmetlerini oluşturmaktadırlar. Yetişmiş sağlık elemanı, yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının en fazla olduğu sağlık hizmeti türüdür. Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda zaman içinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu bağlamda;

- * Özellikle sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde temel bir başarıya ulaşıldığı,
- * Vatandaşlara temel bir sağlık hakkı verildiği ve
- * Sigortalı sayısının artırıldığı söylenebilir.

Bununla birlikte koruyucu, ayakta tedavi ve yatakta tedavi hizmetlerinin verilmesinde tam bir kurumsallaşma sağlanamamıştır. Ülkemizde sağlık göstergelerindeki gelişmelere baktığımızda, Tablo 1’den de izlenebileceği gibi fiziki ve mekansal göstergeler açısından bazı gelişmeler söz konusu olmakla birlikte, örneğin yatak kapasitelerinin artışına paralel kullanımlarının % 70’lere ulaşamadığı görülmektedir. Ülkemizde hekim başına düşen nüfus hala çok yüksektir. Buna karşın hekim sayısı artırılamamakta ve sağlık işgücü dağılımı bölgelere ve sağlık birimlerine göre etkinleştirilememektedir.

Genel olarak kabul edilen anlayışa göre; birinci basamağa başvuran hastaların % 95’inin tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Sevk hızının standart değeri % 5-10 arasında olmalıdır. Türkiye genelinde birinci basamaktan hastanelere sevk oranının % 14,4 gibi yüksek bir değere ulaştığı görülmektedir. II. Basamak sağlık kuruluşları olan hastanelerin poliklinik yüklerinin yüksek oluşu ve buna karşılık hastane polikliniklerinde muayene edilen kişilerin sadece % 4,4’ünün yatırılarak tedavi edilmeleri, Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tedavi edici hizmetlerin gerekli nitelikten oldukça uzak

olduğunun en açık göstergesidir. Aile hekimliği bir sağlık hizmet modeli olarak uygulamaya konulursa, şu anda sunulan hizmet modelinin kapsamında yer alan “çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri” ve “adli hekimlik hizmetleri” dışındaki hizmetlerin tümünü verebilecek niteliktedir. Bununla birlikte kentsel alanlarda etkin yürüyebilecek bu sistem kırsal alanlarda beklenen verimi veremeyecektir. Henüz aile hekimi sayısı dahi bin civarındadır. Bu uygulamanın kentsel alanlarda kademeli olarak uygulanmasına imkan tanıyarak, yaygınlaştırılması, gerek aile hekimlerinin yetiştirilmesi, gerek konunun tüm taraflarca anlaşılmasının sağlanması ile mümkün hale getirilebilir. Halkın çoğu birinci basamak sağlık hizmetlerinden, hastalıklarına tanı koymasını ve bunları tedavi etmesini bekler durumdadır.

3.1.4. Sağlık Harcamalarının Seyri

Sağlık alanında kamu harcamaları, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Yardımlaşma Fonu, sivil kuruluşlar, sosyal güvenlik kurumları (SSK, Emekli Sandığı, Bağkur) ile çalışan kamu görevlilerinin kendi kurumları tarafından karşılanmaktadır. Özel harcamalar ise, kişilerin kendi bütçelerinden ve özel sigorta programlarınca karşılanmaktadır. Kişisel harcamaların, toplam sağlık harcamaları içindeki payı %20 civarındadır. Bu harcamaların büyük bir kısmını özel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, diğer kısmını da hastane döner sermayelerine yapılan resmi ödemeler oluşturmaktadır. Dünya Bankası Raporuna göre Bağ-Kur'luların yüzde 40'ı; SSK'luların yüzde 17'si; Emekli Sandığına bağlı olanların yüzde 10'u, hiçbir sağlık güvencesi olmayanların ise yüzde 30'u özel sağlık sunucularından yararlanmaktadır. 2000-2005 yılları arasında sağlık alanında yapılan kamu harcamalarının kaynak ve kullanıcılar açısından dağılımı aşağıdaki tablolarda yer almaktadır:

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından bakıldığında sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oranı %80'ler düzeyinde olduğu görülmektedir. Sağlık alanında sabit sermaye yatırımlarına bakıldığında kamu kesiminin özel kesime göre ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Türkiye'de sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı çok yüksek değildir. Ancak mevcut yatırımlar ağırlıklı olarak kamu sektöründe yapılmaktadır. Özel sektör karlılığı ve rekabet koşulları daha farklı olan sabit sermaye yatırımlarına yönelmektedir. Bu kapsamda daha çok imalat, ulaştırma ve konut sektörlerini tercih etmekte dolayısıyla sağlık sektöründe özel sabit sermaye yatırımlarının toplam içindeki payı düşük kalmaktadır.

Ülkemizde halen sağlık hizmetleri arzında özel kesimin payı düşüktür. Kamu kesiminin ise hastane sayısında % 78,9 yatak sayısında ise % 93,5 ağırlığı bulunmaktadır. Ülkemizde işsizlik sigortasındaki devlet katkısı dışında, devletin sosyal güvenliğe yasal/düzenli bir

katkısı söz konusu değildir. Türkiye’deki primli sosyal güvenlik sistemi, tamamen çalışanlardan ve işverenlerden (çalışanlar adına) yapılan kesintilere dayanmaktadır. Ancak 1990’lı yılların ortalarından başlayarak sosyal güvenlik sisteminin mali sorunlarının artmasıyla birlikte bütçeden sosyal güvenliğe kaynak aktarılmaya başlanmıştır. Bu transferler

“açık” ve “kara delik” olarak nitelenmiştir. Oysa devletin sosyal güvenliğe aktardığı kaynaklar sosyal devlet olmanın gereğidir. Ancak istikrarsızlığın kaynağı olarak sosyal güvenliğe aktarılan kaynaklar gösterildiği için reformun temel amacı bu açıkların kapatılması olmaktadır.

3.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansal Yapısı

Sosyal güvenliğin finansmanında vergiye ve prime dayalı sistemler yer almaktadır. Avrupa’da sosyal geleneklere bağlı olarak farklı modeller varlığını sürdürmekle birlikte, son yıllarda iki sistemin birbirine yaklaştığı, karma bir sistem oluştuğu gözlenmektedir. AB ülkelerinde sosyal güvenlik uygulamaları birbirlerinden önemli farklılıklar göstermelerine karşın ortak iki temel yön görülmektedir: Birincisi, milli gelirden sosyal güvenliğe ayrılan kaynakların yüksekliği; ikincisi ise sosyal güvenliğin finansmanında devlet katkısının büyüklüğüdür.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında uzun yıllar çok yönlü bir finansman sistemi benimsenmiştir. Sağlık Bakanlığı özellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanında vergisel kaynaklara başvururken, sosyal güvenlik ödemeleri kapsamında yer alan SSK, hem hizmet sunucusu hem de hizmet alıcısı olarak hizmetlerin finansman boyutunda oluşturmuştur. Son yıllardaki reform hareketleri kapsamında genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması ve yakında uygulamaya geçirilecek olması ile sosyal güvenlik kurumlarının Sağlık Bakanlığı’na devri yoluyla hizmet sunumunda da çok başlı yapıdan uzaklaşmaya çalışıldığı gözlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık alanında yapılan yeniden yapılandırma reformu kapsamında ele alınmaktadır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin sunulmasında temel olarak bireye yönelik sağlık hizmetlerinin “prim sistemi” ile karşılanması gerektiği ifade edilmektedir. Bu bağlamda sosyal sigorta ile finansman yanında, özellikle son reform çalışmasında özel finansman hizmetlerine katkı boyutunda özel sağlık sigortası finansmanı ortaya çıkmaktadır.

3.1.5.1. Sosyal Finansman

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağını devlet bütçesi oluşturmaktadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin karşılanmasında ve yoksullara yönelik sağlık hizmetleri sunumunda finansman kaynağı bütçelerdir. Sağlık hizmeti sunan kurumların

giderlerinin düzenli fonlanabilmesi için finansman kaynaklarının sürekliliği önemlidir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları, artan nüfusa ve değişen risk unsurlarına paralel olarak artmamaktadır. Özellikle bütçe kaynağını oluşturan vergi gelirleri, artan bu yükü karşılamakta zorlanmaktadır. Ülkemizde sosyal sigorta sistemi, işveren, çalışan ve devlet katkısı ile finanse edilmektedir. Herhangi bir geliri ve mülkü olmayan yoksullara genel sağlık hizmeti, yeşil kart uygulaması ile devlet tarafından verilmektedir. Yeşil kart uygulamalarına 1992 yılında başlanmıştır. Sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının dağılımı yukarıda da söz edildiği gibi devlet bütçesi ve kamu sağlık sigortası ağırlıklıdır. Finansman kaynağı olarak devlet bütçesinden yapılan ödemeler, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık % 40'ını karşılarken, kamu sağlık sigortasının payı % 35; özel kesim finansmanı ise %20 civarındadır. Ülkemizde, reform tasarısına göre devlet toplam prim tahsilatının dörtte biri oranında sosyal güvenliğe katkıda bulunacaktır. Böylece toplam sosyal güvenlik harcamalarının beşte biri devlet tarafından karşılanmış olacaktır. Bu oranlar şu an devletin sağladığı katkının miktarının ve oranının ciddi bir biçimde gerilemesine yol açacaktır. Reform sonrası devlet katkısı yüzde 20'ye gerileyecektir. Aradaki farkın vatandaşlarca daha fazla prim, daha fazla katkı payı, daha düşük emekli aylığı olarak finanse edileceği açıktır. Reform devlet katkısını azaltmakta, halen devletin ödediği katkının çalışanlar tarafından ödenmesini öngörmektedir.

3.1.5.2. Özel Finansman

Sağlık hizmetleri tüketiminin giderek artması, bu hizmetleri kaliteli ve yeterli düzeyde satın almak isteyen kesimlerin, finansmanının tamamına veya bir kısmına katlanarak donanımlı ve iyi yetişmiş personel ve teknoloji destekli sağlık hizmeti talebini artırmıştır. Bu da özel kesim finansman modellerinin gündeme gelmesine yol açmıştır. Sağlık hizmetlerinin özel finansmanı ülkelerin sahip oldukları koşullar tarafından belirlenmektedir. Bu hizmeti satın almak isteyen kişiler doğrudan ödeme ile finanse edebilecekleri gibi, özel sağlık sigortasına başvurmak suretiyle kurumsal bir destek alabilmektedirler. Genellikle gelir seviyesi yüksek olan kesimler muayene, teşhis, tedavi, ilaç, vb. giderlerini doğrudan finanse edebilmektedirler. Bunun yanında sosyal sigorta kapsamında yer almakla birlikte sahip oldukları riskleri azaltmak ve daha fazla güvence temin etmek için isteyen kişiler de özel sağlık sigortasına dahil olabilmektedirler.

Türkiye'de son yıllarda özel sağlık sigorta uygulamalarında geçmişe göre bir hareketlilik başlamıştır. Özel sigortanın toplam finansman kaynakları içindeki oranının %20'leri geçeceği beklentisi söz konusudur.(<http://www.sayistay.gov.tr/yayin/dergi/dergi3.asp?id=502>, 2010)

3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti

Ülkemizde sağlık hizmetleri sektörü son yıllarda önemli değişikliklere maruz kalmaktadır. Bir yandan sayısı hızla artan özel sağlık kurumları nedeniyle rekabet yoğunlaşmakta; diğer yandan da, yapılan düzenlemeler sonucunda, hastaların gerek özel hastanelerden gerekse kamuya ait diğer sağlık kurumlarından sağlık hizmetleri almalarının yolu açılmaktadır. Ayrıca üniversite hastanelerinde olduğu gibi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumlarında da hizmet sağlayıcıların döner sermaye gelirlerinden yararlanabilmelerine imkan sağlanmaya başlanması da rekabete ayrı bir boyut getirmiştir. Böylesi bir ortamda, rekabetçi bir üstünlük yaratabilmek ve sürdürülebilmek için, sağlık hizmetleri sağlayıcıları, konuya hizmet sağlayıcı bakış açısından yaklaşan ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasına önem veren geleneksel sağlık hizmetleri sunumu yaklaşımını hastaların tatminini dikkate alan hasta odaklılık ilkesiyle bütünleşik hale getirmeye zorlanmaktadır. Bunun bir sonucu olarak da, sağlık hizmeti sağlayıcıları için hizmet kalitesi ve hasta tatmini konuları kritik öneme sahip konular haline gelmektedir.(Dursun ve Çerçi, 2004: 1-16)

Roemer ve Montoya-Aguilar sağlık hizmetlerinde kaliteyi “kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi” olarak tanımlamaktadır.

Uz’a göre ise, 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.

Sunulan bir sağlık hizmetini pek çok etken etkilemektedir. Bu etkenlerden bazıları şunlardır :

- * Kaynak kullanım ve dağılımı politikaları
- * Hastane/toplum sağlık ve bireysel bakım hizmetlerinin nitelik ve niceliği
- * Genel sağlık politikaları
- * Halka karşı duyulan sorumluluklar
- * Halkın sağlık konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları
- * Sağlık sektörü dışındaki sektörlerin sağlığa yaklaşımları
- * Ulusal ve uluslararası etkiler
- * Basın/medya

Bunların yanı sıra, başarılı bir kalite programının oluşturulması için gereken pek çok farklı koşulların bulunduğu akılda tutulmalıdır.

Bu koşulların bazıları şunlardır.

Bir sağlık hizmetinin kalite düzeyinin belirlenebilmesi için çeşitli yöntemlere başvurulabilir. Mevcut kayıt ve raporların incelenmesi, özel değerlendirme çalışmalarının yapılması, kişiye ve topluma yönelik araştırmalar bunlardan bazılarıdır. Kalitesinin ölçülebilmesi için öncelikli olarak o hizmetin amacının, standartlarının ve bu standartları izlemek için kullanılacak kriterlerinin ortaya konması gerekir. Çünkü bunlara göre hizmetin mevcut kalite düzeyi tespit edilebilecektir .

Roemer ve Montoya-Aguilar'a göre kalite, sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesidir²¹ ve klasik üretim şeması {**Girdi--> Süreç--> Ara Çıktı--> Son Çıktı**} göz önünde tutulduğunda iki şekilde ölçülebilir:

İlk yaklaşımda bir sağlık hizmetinin üretimi sırasında her bir basamakta kalite düzeyi ölçülmelidir. Örneğin, bir sağlık evindeki aşılama hizmetinin üretiminde gerekli olan kaynaklardan sağlık insan gücünün kalitesinin iyileştirilebilmesi için ebe/hemşirenin eğitim, bilgi, beceri, tutum ve uygulamalarının tek tek kalitesinin ölçülüp geliştirilmesiyle ancak "Girdi"nin bir bölümünün kalitesi iyileştirilmiş olabilir. Benzer şekilde takip eden diğer üç basamakta da kalite düzeyi alt sistemlere inilerek ölçülmelidir.

İkinci yaklaşımda ise uygulanmasındaki güçlükler nedeniyle "Son Çıktı", kalite düzeyinin bir komponenti yerine üretim sürecinin en son noktasındaki bir gösterge - "turnusol kağıdı" olarak ele alınmaktadır.

KSİ kavramının mantığı gereği mevcut kalite düzeyinin tespit edilmesinin ardından bu düzeyin korunması değil sürekli iyileştirilmesi, geliştirilmesi için problem belirleme (balık kılıcı gibi) ve çözüme yöntemlerine ekip anlayışı içinde sıfır hata yaklaşımı ile başvurulmalıdır. Problemleri alanlara yapılan müdahalelerin ve ortaya çıkan ya da çıkması beklenen yeni kalite düzeyinin eski standart ve kriterlere göre tespitinin ardından mevcut standart ve kriterlerin gözden geçirilerek yeni kalite düzeyine göre daha da geliştirilerek yeniden belirlenmesi gerekmektedir. Böylece sürekli bir şekilde hizmetin kalitesi iyileştirilmiş olacaktır.

Bu aşamada "İyi Elmalar Teorisi - *Theory of Good Apples*" dan bahsetmekte fayda vardır . Teorinin amacı, bir uygulamanın ardından elde edilen kötü sonuçları saptayıp bunlara yol açan uygulamaları (kötü elmaları) bertaraf etmek yerine, en iyi sonuçların tanımlanması ve bunların bütün bir hizmet alanına uygulanması için kullanılmasını sağlamaktır.

Teorik olarak bir sepetteki elmaların % 5'inin çok iyi, % 90'ının iyi, geri kalan % 5'inin ise çok kötü olduğu varsayılmaktadır (Şekil 8-5). Buna göre bir sağlık hizmetinin alt

uygulamalarından birisinde ortaya çıkan sonuçlardan en iyi % 5'e ulaştıran kaynaklar ve süreç belirlenmekte ve bu kaynakların ve sürecin hizmetin diğer alanlarına yaygınlaştırılması sağlanmaktadır.

Seçilen bir sağlık hizmetinin, gerek kalite düzeyinin ölçülmesi, gerek bu düzeye göre müdahalelerin saptanıp uygulamaya konması, gerekse yeni kalite düzeyinin ve yeni hizmet hedeflerinin tespit edilmesi sürekli bir dinamizm gerektirmektedir. Bu devamlı süreç, planlamanın klasik spiralindeki uygulamalara da benzetilebilir.

* **Standart saptama**

* **Kriter belirleme**

* **Ölçme**

* **Değerlendirme**

* **Problem çözme (balık kılçığı vb)**

* **Uygulama**

Aynı işlevler (ölç, planla, uygula, değerlendir, yeniden planla) bir ahenk içinde biribiri ardına tekrarlanmakta, fakat ileriye doğru hareketliliği göstermek için kapalı bir halin etrafında aynı aktivitelerin tekrar edilmesi yerine bir spiralin her bir katı kullanılmaktadır. Benzer bir döngüyü Deming de tanımlamıştır.

KSİ yaklaşımının sahada çalışan kişi, kurum ve kuruluşların faaliyetlerinde başlatılması ve bunun durgun suya atılmış bir taşın oluşturduğu devamlı dalgalar (fakat ters yönde ilerleyen) gibi merkezdeki yönetime ulaşması çalışmanın başarısı için önemlidir. KSİ'de önemli olan sahadaki personelin yukarıdan güdümlü çeşitli kontrol ve mevzuat mekanizmaları tarafından değil bizzat kendileri tarafından değerlendirilmesi ve yönlendirilmesidir.

Ülkemizdeki yönetim anlayışı hala merkezîyetçi bir temele dayanmaktadır. Merkezin onayı ve tam desteği olmadan yapılacak bir KSİ çalışmasının olumsuz yönde etkilenmesi kaçınılmazdır. Her ne kadar KSİ uygulamalarının sahadan başlaması daha uygun olursa da öncelikle merkez yönetimin (bakanlık, sağlık müdürlükleri, hastane başhekimliği veya klinik şefliği) en üst kademesinden başlayarak ilgili tüm personelin konu hakkında bilgilendirilmesi, konunun gerekliliği açısından duyarlılaştırılması ve uygulamaları teşvik etmeleri sağlanmalıdır.

Bütün kalite programları hem yukarıdan aşağıya (*top-down*) (üst düzey çalışanların katılımı ve liderliğinde) hem de aşağıdan yukarıya (*bottom-up*) (daha fazla çalışanın katılımı ve onların bireysel istekliliği ve uzmanlığında) doğru olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde bir kalite yaklaşımının benimsenmesi ve başarıyla uygulanabilmesi için, hizmetlerin sunumunda gerek karar verici, politika belirleyici ve program yapıcı

konumdaki üst düzey yöneticilerin, gerekse hizmetlerin verilmesinde görevli personelin tüm sorumlulukları paylaşması ve kendilerinden beklenen faaliyetleri önceden saptanmış standartlarda yapmaları şarttır.

Bunun için de çalışanların standart ve kriterlerin belirlenmesi sürecine katılımlarının sağlamanın yanısıra önerilen değişiklikleri ve bunların gerekçelerini de çok iyi anlamalıdır .

Bir kalite süreci üç aşamada başlatılabilir :

*** Geçerli, ulaşılabilir, ölçülebilir ve ilgililerin üzerinde hem fikir olduğu hizmetin çıktı göstergelerinin tespiti.**

*** Sağlık çalışanlarının kendi çalışmalarıyla ilgili verileri toplaması, analiz etmesi ve diğer çalışanlarla karşılaştırılabilir bilgiler üretmesi.**

*** Saptanan en iyi uygulamalarla ilgili detaylı bilginin diğer ilgili kişi, kurum ve kuruluşlarla paylaşılması ve bu uygulamaların kullanılmasının teşvik edilmesi.**

Bu şekilde geri bildirimlerle öğrenme süreci sayesinde sağlık çalışanları verdikleri hizmetin kalitesinden de sorumlu olabilirler. Sağlık çalışanlarının, verdikleri hizmetin kalitesini ve maliyetlerini sistematik olarak izleme, değerlendirme ve karşılaştırma yapmaları ve bunu rutin mesleki faaliyetlerinin bir parçası olarak algılamaları yapılan hataların kısa sürede saptanması ve düzeltilmesini sağlayacaktır.

İzleme ve değerlendirme yapabilmek için gerek kaynaklar gerekse süreçle ilgili çıktıların ölçülmesinde uygun veri tabanları ve istatistiksel analizlerin kullanılması gerekmektedir. Çalışanların kendiliklerinden motive olmaları ve kötü uygulamaların saptanmaya ve bunların cezalandırılmaya çalışılması yerine iyi uygulamaların teşvik edilmesi hizmetlerde kalitenin sürekli iyileşmesine yol açacaktır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda başlatılan bir kalite çalışmasının başarısı ya da başarısızlığının sorumluluğunun yukarıdan aşağıya tüm personele ait olduğu akılda tutulmalıdır. Unutulmamalıdır ki, hiç bir mazeret başarısızlığın sebebi olamaz.

Kalite ile ilgili tüm yaklaşımların temel elementlerinden birisi de müşterinin tam memnuniyetidir. Sağlık hizmetlerin planlanmasında, uygulanmasında ve izlenmesinde hasta memnuniyeti mutlaka önemli bir adım olarak ölçülmeli ve sonuçları planlama, öncelik belirleme ve uygulamaların yeniden şekillendirilmesinde mutlaka dikkate alınmalıdır .

Ancak gerek sağlığın gerekse sağlık hizmetlerinin yapısından dolayı bazen memnuniyetsizlik yaratmak kaçınılmaz olmaktadır. Örneğin, kemoterapi alan bir hastanın veya aşı olan bir çocuğun müdahale süresince, bazen de sonrasında memnun kaldığı söylenemez. Benzer şekilde karantina altına alınan bir köy veya mahallede yaşayanların karantina süresince bu uygulamadan memnun olmaları mümkün değildir. Fakat hizmetin sunulmasından dolayı top-

lumun çoğunluğunun elde edeceği kazançlardan, özellikle pozitif dışsallıkları olan müdahalelerden (bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların tedavisi gibi), dolayı bu tür memnuniyetsizliklerin ihmal edilerek diğer unsurların (verimlilik, etkililik ve benzeri) gerçekleştirilmesinin daha önemli olduğu açıktır. Bununla birlikte kabul edilmeyen bu durumlarda bile kişi/kişileri memnun etmeye çalışmak sağlık hizmeti sunanların en temel amaçlarından olmalıdır.

Ek olarak, hizmet sunan personelin de gerek yaptığı işten, gerek hastalarından gerekse diğer çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnun olması şarttır.

Çalışma sırasında bir personel, diğerini, memnun edilmesi gereken bir hastası (iç müşteri) gibi görebilirse iş ortamında karşılıklı memnuniyet kendiliğinden doğabilecek bu da iş doyumunu artıracak, hizmetlerin daha verimli sunulmasını sağlayacaktır.

Sağlık hizmetlerinden faydalanacak kişilerin ve tüm toplumun hasta hakları, etik ve kalite yönünden sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi ve gerektiğinde personelin ve yönetimin karşılaşılan aksaklıklar ve yaşanan memnuniyetsizliklerle ilgili olarak uyarılması teşvik edilmeli ve bu konuda eğitilmelidirler.

Bu da ancak onların daha hizmetlerin planlanması aşamasından başlanarak tüm hizmet sunumu sürecine aktif katılımının sağlanmasıyla gerçekleşebilir.

Bilindiği gibi sağlık sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda değildir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kalite düzeyinin saptanması ve özellikle iyileştirilmesi aşamalarındaki tüm faaliyetlerde sadece bu hizmetleri planlayan ve sunanların değil aynı zamanda sağlık hizmeti sunan sektörün kendisi içinde (örneğin ikinci ve üçüncü basamak hizmet sunucuları, hizmeti finanse eden kurum ve kuruluşlar - SSK gibi) ve sağlığı ilgilendiren diğer sektörler (eğitim, ekonomi, iletişim, ulaşım gibi) arasında da işbirliği ve koordinasyonun sağlanması şarttır.

Böylece sağlık hizmetlerinin sunumunda daha az kaynak kullanılarak gerçekleştirilen küçük müdahalelerle daha büyük kazançlar elde edilebilir. Bu işbirliğinin kapsamına mutlaka politikacılar ve özellikle de sağlık meslek örgütleri dahil edilmelidir.

Mevcut kalite düzeyinin belirlenmesi, bu düzeyi geliştirmeyi engelleyen sorunların çözümü ve ulaşılan yeni kalite düzeyinin ölçülmesi birer dinamik süreçtir. Her biri kendi içinde sonu olmayan bir devinim gösteren bu aşamalarda yapılacaklar aşağıda özetlenmiştir:

Standartlar, aynı koşullar altında kabul edilebilir ve kabul edilemez kalite düzeyi arasındaki sınırı çizerler. Standartların temel bazı özellikleri şunlar olmalıdır :

- * **Ulusal sağlık hedefleri ve standartlarıyla paralel**
- * **Bölgenin şartlarına uygun**
- * **Özel durumlara uygulanabilir**

* **Bilimsel, gerçekçi, uygulanabilir, ulaşılabilir ve ölçülebilir**

* **Değişen şartlara adapte edilebilir**

* **Duyarlı ve seçici**

* **Organizasyonda çalışanların ortak görüşü ile belirlenebilir**

İlk adım olarak bir sağlık kuruluşunda yürütülen hizmetlerle ilgili standartlar belirlenmelidir. Yukarıda da bahsedildiği gibi standartlar ulusal düzeyde saptanmış sağlık hedefleri ve standartlarıyla uyumlu olmalı, diğer taraftan da bölgenin veya kurumun sahip olduğu şartların gereklerine uygun olmalıdır. Bilimsel, gerçekçi, uygulanabilir, ulaşılabilir ve ölçülebilir olan standartlar değişen şartlara ve zaman kolaylıkla uyumlandırılabilir.

Standartlar örgütte çalışanların ortak görüşü ile belirlenmeli ve açık, anlaşılabilir olmalıdır. Ayrıca uygulamalarda hiç bir boşluk bırakmayacak şekilde ilgilenilen konuyla ilgili tüm olasılıkları kapsamalıdır.

Kriterler, bir faaliyet ya da hizmetin kalitesinin, ölçülebilir terimlerle kıyaslanmasının ifadesidir. Standartlar ve kriterler birbirinden ayrılamaz, bir bütünün parçalarıdır. Tek başlarına bir şey ifade etmezler. Standard, hizmetin etkililiğini sağlarken, hizmetin kalite düzeyi, önceden belirlenen sayısal kriterlerle izlenir.

İyi kalitede bir hizmetin ölçülebilir dört bileşeni olmalıdır :

1. **Ulaşılabilir optimal süreç ve hizmet kalitesi,**
2. **Kaynakların verimli kullanılması,**
3. **Hizmetten kaynaklanacak problemlerin en aza indirilmesi,**
4. **Müşteri ve personel memnuniyeti.**

Her ne kadar tek bir kalite indeksi olmasa da bu bileşenleri ölçme girişimleri ile kalitenin sürekli iyileştirilmesinde gerekli olacak uygun bilginin toplanması sağlanmalıdır.

Hizmetin mevcut kalite düzeyi, saptanan ve katılımcıların üzerinde fikir birliği yaptığı kriterlere göre ölçülmelidir. Bu ölçümlerde mümkün olduğunca objektif olunmalı ve kriterler üzerine kurulmuş bir sistematik içinde davranılmalıdır.

Mevcut kalite düzeyinin standart ve kriterlerle belirlenmesinden sonra bu düzeyin yükseltilmesi için yapılması gerekenler de gözönünde tutularak bir değerlendirme yapılmalıdır. Bu değerlendirmede mevcut uygulamalardaki kalite düzeyi ile arzu edilen düzey arasındaki farklılıklar ortaya konulmalıdır. Bu değerlendirmelere örgütte çalışanların mümkün olduğunca geniş bir bölümü katılmalıdır. Her toplantıda tepeden en alttaki birime kadar çalışan herkesin aktif katılımı sağlanmalıdır.

Yapılan değerlendirmelerde mevcut ve arzu edilen kalite düzeyleri arasında bir farklılık tespit edildiğinde bu farkı yaratan mevcut uygulamalardaki aksaklıkların çözümlenmesi gerekir. Bu amaçla balık kılıçığı ve/veya Pareto histogramı gibi yöntemlere başvurulabilir.

Uygulamalardaki aksaklıkların nedenlerinin ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin ardından sorunları ortadan kaldıracak ve böylece kalite düzeyini yükseltecek uygulamalara geçilmelidir. Ancak uygulamalardan önce kapsamlı bir eylem planı hazırlanmalıdır.

Yukarıda da belirtildiği gibi bu basamaklar hem kendi içinde hem de bir bütünün parçaları olarak sürekli bir devinim içinde belli bir amaca ulaşmak üzere bir sarmalın her bir halkasını/katını oluşturur. Her bir basamak yukarıda verilen sıra içinde birbirini takip etmek zorunda değildir. Örneğin kriterlerin belirlenmesinin ardından hemen uygulamaya geçilebileceği gibi tekrar standartların gözden geçirilmesi de gerekebilir. Bu, örgütün o andaki durumu-na, önceliklerine ve kaynaklarına göre farklılaşır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin yönetiminde takip edilecek tek bir teknik veya yaklaşım, daha doğrusu tek bir yol yoktur. Her kurum veya örgüt kendi içinde yapacağı değerlendirmelerin ışığında örgüt yapısına, çalışanlarının ve diğer kaynaklarının özelliklerine, yönetim biçimine, içinde bulunduğu çevreye göre kendisine en uygun olan bir yöntem veya yöntemlerin bileşimini seçip uygulamalıdır. Kaliteyle ilgili yaklaşımlar günü birlik, geçici, belli bir dönemine içine alan veya ek bir iş gibi değil, diğer yönetsel işlevlerin temel bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Kaliteyi sağlık hizmetinin yönetiminin doğal bir parçası olarak ele alan stratejiler, hem sağlık hizmet sunumu sisteminin her kademesindeki yöneticilerin tam katkı ve katılımını hem de sahada hizmeti bizzat sunanların bu işi sahiplenmesiyle istenilen uygulamalara dönüşebilir (yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya yaklaşım). Bu nedenle ideal olanı yukarıdan veya merkezden yönlendirilmiş genel stratejiler doğrultusunda aşağıdan yukarıya doğru gelişen hizmet sunumu ve orta düzeydeki yöneticilerin (klinik şefleri, sorumlu hemşireler) yetkilerinin artırılmasının uyum içinde bir arada bulunmasıdır .

Kaliteyle ilgili sorunlara çalışanlarla birlikte teşhis koyup çözüm yolları aramak, paketler halinde hazırlanmış klişe kalite programlarının uygulanmasını sağlamaya çalışmaktan çok daha başarılı sonuçlar verecektir. Personelin çalıştığı yerden başlamak, kalite kavramını tartışmak, onların katılımını sağlamak ve gerçek hayatta karşılaştıkları problemler üzerinde çalışmak sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminin kendiliğinden gelişmesini ve zamanla iyileşmesini sağlayacak temel adımlardır.

Bir bölümde çalışan personelin diğer bölümleri veya diğer hastaneleri ziyaret etmesi hem yeni bilgi ve beceriler kazanma, yeni yaklaşımlar ve deneyimlerle tanışma hem de diğer-

lerinin ve onların gözünde kendinin görev ve sorumluluklarını öğrenme fırsatı verecektir. Kendi gelişimlerini de sağlayacaklarına inandıkları sürece bir hastanedeki her seviyedeki ve her disiplindeki personelin içinde buldukları örgütün gelişmesini isteyecekleri gerçeği her zaman akılda tutulmalıdır. (<http://www.merih.net/m1/whulkuz11.htm>,2010)

3.2.1. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam kalite yönetimi, firmalarda bir ihtiyaç olarak ortaya çıkmıştır. İşletmeler müşteriler olmadan hayatlarını devam ettiremezler. O halde müşteriye elde etmek ve korumak için sunulan hizmet veya ürünlerden memnun olması gerekir. Toplam kalite yönetimi, bir yolculuktur, varılacak bir yer değildir. Ürün ve sistemlerin sistematik gelişimi için bir metottür. Satıştan sonra müşteriye hizmeti de kapsar. Katılımcı bir tekniktir. Tamamen müşteriye odaklanmış bir işletme kültürü oluşturan, tam bir yönetim sistemidir.

Toplam kalite yönetimi; müşteri tarafından tanımlanan kaliteye öncelik verilerek, kuruluşun ürün ve hizmetleri yanında yönetimin de kalitesini ve verimliliğini artırmayı hedefleyen bir çalışma ya da yönetim uygulamasıdır.

Bu kavram içerisinde yer alan ‘toplam’ sözcüğü, kalitenin tüm süreçlerde, tüm işlerde ve herkesin katılımı ile sağlanabilir olmasına işaret eder

Toplam kalite yönetimi, bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesi ve organizasyondaki tüm çalışanların, müşteriler ve toplumun memnun edilerek karlılığa ulaşılması olarak ifade edilmektedir. (<http://www.haksay.org/files/sedat08.doc>,2010)

Toplam Kalite Yönetimini tanımlamaya ya da açıklamaya çalışan yazarların hemen hepsi bu yöntemin; kalite konusunda müşterilerin istek, ve beklentilerini karşılamayı hedeflediği, örgütün uzun vadeli faaliyet ve taahhütlerini gerçekleştirdiği bir yönetim hamlesi şeklinde anlaşılması gerektiği, insanlar (müşteriler ve onların beklentileri) üzerinde yoğunlaşarak kaliteye dayalı bir örgüt kültürü yaratmayı amaçladığı, örgütte çalışan herkesi daha kaliteli mal ve hizmet üretme yönünde motive etmeyi hedeflediği, grup çalışmasına dayandığı ve müşteri tatmini artırmada sürekli gelişmeyi öngördüğü şeklinde ortak özellikleri konusunda fikir birliği içindedirler.(Şimşek, 1996:288)

Özünde bir yönetim felsefesi olan toplam kalite yönetiminin en öncelikli 3 ilkesi; müşteri oryantasyonu, süreç oryantasyonu ve sürekli gelişme olarak ifade edilmektedir

Bir başka yaklaşımla toplam kalite yönetiminin ilkeleri olarak sayılan 4 ilke; müşteri odaklılık, proseslerin yönetimi, tam katılım ve insan kaynakları yönetimi olarak sınıflanmıştır

Rekabetin baskısı şirketleri yaptığını satan olmaktan çıkartıp, satılabileni yapan hale getirmektedir. Satılabilenin ne olduğunu anlamak için, kaliteyi müşteri belirler anlayışını be-

nimsemek ve bu sayede müşteri isteklerinin tatminini temel şirket felsefesi haline dönüştürmek gereklidir

Görüldüğü gibi; kalitenin tanımı, toplam kalite yönetiminin hareket noktası, öncelikli ilkesi ve özelliği, müşteri isteklerini, memnuniyetini ve tatminini esas almaktadır. Müşteri beklentileri doğrultusunda işletmenin ve ürünün geliştirilmesi, ürünü veya hizmeti satın alacak dış müşterinin tatmini için iç müşteri olan çalışanlarında tatminini öngörmektedir. Müşteri beklentilerinde ki değişime bağlı olarak işletme ve üründe sürekli değişim ve geliştirmeyi amaçlamaktadır. Yoğun rekabet şartları ayakta kalmak ve başarılı olmak isteyen işletmeleri bu yaklaşıma zorlamaktadır. (<http://www.haksay.org/files/sedat08.doc>,2010)

Toplam Kalite Yönetiminin amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Pazarların ihtiyaçlarına daha etkin ve sağlıklı bir biçimde yönelebilmek,
- Müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayabilmeyi sürekli hale getirmek,
- Her düzeyde çalışana yetki ve sorumluluk vererek, her bir çalışanın işletme için değer yarattığının bilincinde ekip çalışmasına önem vermek,
- Örgütü gelişim ve değişime açık hale getirerek, sürekli gelişim sağlamak,
- Kurumsallaşmayı sağlayarak, işletme performansını kalıcı hale getirmek,
- Üst yönetimin istikrarlı ve kararlı kalite anlayışını tüm işletmeye yaymak,
- Ürün ve hizmet kalitesi dışında da yüksek kalite performansına erişmek,
- Kalite performansına erişilmesinde gerekli yaklaşımları kullanabilmek,
- Üretici olmayan faaliyetleri ve bozuk ürün oranını azaltmak için bütün süreçleri sürekli olarak incelemek,
- Gerekli gelişmeleri saptamak ve performans kriterleri getirmek,
- Rakipleri anlamak suretiyle etkili bir rekabet stratejisi oluşturmak,
- Sorun çözümlemede bir ekip yaklaşımı belirlemek,
- İletişim alanında ve başarılı işin takdiri hususunda etkin yollar belirlemek,
- Sürekli gelişim stratejisi kapsamında süreçleri devamlı gözden geçirmek. (Şimşek ve Çelik, 2009:203)

Türkiye’de sağlık hizmeti sunum kalitesini belgelemek amacıyla hastane yönetimleri, Türk Standartları Enstitüsü’ne TS-EN ISO 9000 belgesi almak için başvuruda bulunmaktadır. ISO 9000 serisinde yer alan standartlar ülkemizde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu standartlar üretim ve hizmet sunumu faaliyetleri sırasında beklenmedik veya kabul edilemeyecek aksamlar ortaya çıktığı zaman düzeltici önlemlerin alınması ve kalite ile ilgili problemlerin en aza indirilmesi için önleyici ve düzenleyici önlemleri içermektedir

ISO 9000 kalite güvence sisteminin gerekliliklerine uygun bir sistemin kurulması ile yönetimi, daha sistematik ve denetlenebilir tarzda iş görme olanağını tanır. Kuruma, dünyada en çok tanınan standarda sahip olması nedeniyle saygınlık kazandırır

Toplam kalite yönetimi yaklaşımına göre müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı kriteridir. Teknik anlamda kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğunu ancak bunun müşterileri tatmin etmende yeterli olmayacağını varsaymaktadır. Yalnızca dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan kişilerin tatmini üzerinde odaklaşmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin de tatminini ön planda tutmaktadır

Sağlık kurumlarında özellikle hastanelerde toplam kalite yönetimi çalışmalarının başarıya ulaşabilmesi kurum üst yönetiminin toplam kalite yaklaşımını benimsemesiyle başlar. (<http://www.haksay.org/files/sedat08.doc>,2010)

Her hastanede, günümüz şartlarına uygun olarak yapılandırma sürecine katkıda bulunmak amacıyla, kendimize özel çözümler üretmek için Toplam Kalite Yönetim sistemini uygulamamız gereklidir.

Toplam Kalite Yönetim sistemi ile, acil servis, klinik ve poliklinik işleyişi, teknik alt yapısının yönetimi, hasta bakımı, ev idaresi sistemi, beslenme ve diyet hizmetlerinin organizasyonu, hem ulusal hem de uluslar arası düzeyde uyumlu yapılmalı ve uluslar arası akrediteasyon (JCI) için gerekli alt yapıyı oluşturmalıdır.

Kalite Yönetim Sisteminin amacı; ilk defada, zamanında ve doğru hizmeti gerçekleştirebilmek, hizmet sunumu esnasında hata olasılığını yok etmek veya olabilecek hataların tespitini ve bir daha tekrarlanmasını önlemek, hasta beklenti ve istekleri ile uluslar arası standartlar doğrultusunda sağlık hizmeti sunmak, hastalarımıza ISO 9001:2000 şartlarına göre yeterli düzeyde güvence vermek için yürütülen tüm faaliyetleri tasarlamak, uygulamak, denetlemek, geliştirmek ve takip etmektir.

Hastanenin, çalışanların kalite yönetim sistemi veya kendi çalışma alanlarında eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, planlanması ve etkinliklerini belirlenmesi gibi esasların oluşturulması amacıyla Hastane Eğitim Prosedürü oluşturmalıdır.

Bu amaçlar ve hedefler doğrultusunda hastanenin kurumsal kimliğine katkı sağlamak ve hasta hizmetinin yanı sıra eğitim sürecinde yer alan bütün unsurların en iyi ve en doğru sonuçlara ulaşması için birlikte çalışarak başarılı olunabilir.(Benli, 2007: 7-10)

Kurumda yürütülen bütün işlemlerin süreçlerinin saptanması ve en uygun iş akış şemalarının çıkartılarak prosedürlerinin yazılı hale getirilmesi, yapılacak her işle ilgili iş talimatlarının hazırlanması ve görevli personelin görev tanımlarının ayrıntılı şekilde yazılı ifade edilmesi ve tıbbi cihazların kalibrasyonu ile hazırlık aşaması tamamlanır.

Uygulama aşamasında, prosedürlere, iş talimatlarına ve görev tanımlarına uygun olarak işlemlerin yapılıp yapılmadığı denetlenerek ortaya çıkan aksaklıkların tespiti yapılarak eksiklikler giderilmeye çalışılmalıdır.

Ayrıca kurum çalışanları arasından seçilen gönüllülerden oluşturulan kalite çemberleri belli aralıklarla toplanarak süreçlerin iyileştirilmesini tartışmakta ve kurum yönetimine öneriler sunmalıdır. Personelin eğitim çalışmalarına da devam edilmelidir.

Özellikle hastanelerde, sarf malzemesi, ilaç ve diğer tüketim malzemelerinin depo giriş ve çıkışları, servislere dağılımı ve kullanımını iyi bir şekilde takip edildiğinde yüksek oranda tasarruf sağladığı uygulamayı yapan hastane yöneticileri tarafından ifade edilmektedir.

(<http://www.haksay.org/files/sedat08.doc>,2010)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA MEMNUNİYETİNİN YERİ VE ÖNEMİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

4.1. Araştırmanın Konusu

Profesyonel hastane yöneticilerinin başta gelen amaçlarından biri kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmaktır. Sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan hastaların memnuniyeti, sağlık bakım kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Yapılacak olan araştırmanın konusu, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Bir Uygulama”dır.

4.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Hastaların sağlık bakım hizmetlerini değerlendirmelerini açıklayan faktörleri ortaya koyarak, bu faktörlerin hasta memnuniyetine katkıda bulunup bulunmadığını araştırmaktır. Daha açık bir ifade ile;

- Hastaların aldıkları hizmetlerin kalitesini nasıl bulduklarının öğrenilmesi,
- Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin hasta özelliklerine göre değişip değişmediğinin belirlenmesi,
- Hizmet sunum sürecinde yaşanan olumsuzlukların giderilmesi ve hizmet sunum biçiminin hasta beklentilerini karşılayacak biçimde düzenlenmesidir.

Yapılacak olan uygulama sonunda elde edilen bulgular değerlendirilerek, sağlık kuruluşlarının kullanımına sunulabilecek ve beklenmeyen durumlara önceden önlem almaları sağlanacaktır.

4.3. Araştırmanın Kapsamı

Araştırmanın temelinde, ayakta sağlık hizmeti veren sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda hastaların memnuniyet farklarının yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence ve meslek olgularından etkilenip etkilenmediği araştırılacaktır. Araştırma 100 anket ile hazırlanmıştır.

Belirtilen amaçlar doğrultusunda çalışma üç bölümden oluşacaktır. Birinci bölümde, Sağlık hizmetleri kavramı, özellikleri ve sınıflandırılması ve pazarlanmasına dair bilgiler verilecek, teorik olarak elde edilenler, derleme olarak aktarılacaktır.

İkinci bölümde, sağlık hizmetlerinde kalite konusuna değinilecektir. Toplam Kalite yönetimi, hasta memnuniyeti ve memnuniyetin boyutları üzerinde durulacak, süreç boyunca yapılacaklar incelenecektir.

Üçüncü bölümde, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve hasta memnuniyeti konularına değinilecektir.

Teorik bir perspektif içeren bu bölümlerin ardından son bölümde, araştırmanın amacı, varsayımları ve yöntemi hakkında bilgiler sunulacak ve araştırma bulguları değerlendirilecektir.

4.4. Araştırma Metot ve Teknikleri

Araştırma farklı yöntemler kullanılarak hazırlanacaktır. İlk olarak araştırmada konuyla ilgili yerli ve yabancı literatür taraması yapılarak bu alanda ortaya konmuş kitap, makale, araştırma projeleri, tezler ve internet dokümanları değerlendirilecektir.

İkinci yöntemde ise araştırma anket uygulaması üzerine hazırlanacak, araştırma sonuçlarında elde edilen veriler değerlendirilip ortaya konacaktır.

Araştırmada kullanılan anket dikkate alınması gerekli hususlar çerçevesinde hazırlanmıştır. Birebir görüşme yoluyla yapıldığı için öncelikli olarak cevaplayıcıların ankete ısınmalarını sağlamak maksadı ile ilgili demografik özelliklere bağlı sorular hazırlanmıştır. Ardından hastalara çoktan seçmeli sorular sorulmuştur. Son olarak ise 5’li Likert ölçeğine dayalı sorularla hastaların hastane ile ilgili tercih nedenlerini ve uygulanan müşteri ilişkileri yönetim uygulamalarının hastalarca değerlendirilmesi ölçülmeye çalışılmıştır.

4.5. Araştırma Bulguları ve Bulguların Değerlendirilmesi

4.5.1. Araştırma Sonuçları

1. Hastaların Yaş Grupları

Hastaların % 39’u Genç Yaş grubunda (15-30), % 45’i Orta yaş grubunda (31-50) ve % 16’ sı Yaşlı yaş grubundadır (51 ve üzeri).

Yaş grupları	Kişi Sayı	Oranı
15-30 Yaş	39	% 39
31-50 Yaş	45	% 45
51-Üzeri Yaş	16	% 16
TOPLAM	100	% 100

Tablo 4. Hastaların Yaş Gruplarının Değerlendirilmesi

2. Hastaların Cinsiyetleri

Hastaların %52'si bayan, %48'i erkektir.

Cinsiyeti	Kişi Sayı	Oranı
Erkek	48	% 48
Bayan	52	% 52
TOPLAM	100	% 100

Tablo 5. Hastaların Cinsiyetlerinin Değerlendirilmesi

3. Hastaların Eğitim Durumları

Hastaların % 38'i üniversite, % 29'u ilköğretim, % 27'si lise, % 3'ü sadece okur-yazar ve % 3'ü yüksek lisans doktora mezunu hastalardan oluşmaktadır.

Eğitim Durumları	Kişi Sayı	Oranı
Sadece okur-yazar	3	% 3
İlköğretim	29	% 29
Lise	27	% 27
Üniversite	38	% 38
Yüksek Lisans-Doktora	3	% 3
TOPLAM	100	% 100

Tablo 6. Hastaların Eğitim Durumlarının Değerlendirilmesi

4. Hastaların Aylık Gelir Durumları

Hastaların % 60'ı aylık 500-1000 TL, % 26' sını 1000-1500 TL, % 13'ü 1500-2000 TL ve % 1'i 2000-3000 TL aylık gelir elde etmektedir.

Aylık Gelir Durumu	Kişi Sayı	Oranı
500-1000 TL	60	% 60
1000-1500 TL	26	% 26
1500-2000 TL	13	% 13
2000-3000 TL	1	% 1
TOPLAM	100	% 100

Tablo 7. Hastaların Aylık Gelir Durumları

5. Hastaların Sosyal Güvence Durumları

Hastaların % 98'inin soysa güvencesi vardır. %2 'sinin sağlık güvencesi yoktur.

6. Hastaların Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kuruluşları

Bağlı Olunan Sosyal Güvenlik Kurumu	Kişi Sayı	Oranı
SGK	64	% 64
Yeşil Kart	4	% 4
Emekli Sandığı Çalışanı	26	% 26
Üniversite Personeli	3	% 3
Öğrenci (Mediko)	3	% 3
TOPLAM	100	% 100

Tablo 8. Hastaların Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Değerlendirilmesi

7. Hastaların Tedavi Amacıyla Bu Kuruluşu Tercih Etme Nedeni

Tercih Nedenleri	Kişi Sayı	Oranı
Başka bir kurumdan sevk	20	% 20
Tavsiye Üzerine	9	% 9
Üniversite hastanesinin daha iyi olduğuna inanmaları	34	% 34
Bir doktorun yönlendirmesi	2	% 2
Belli bir doktor için gelme	3	% 3
Daha öce alınan tedaviden memnuniyet	14	% 14
Yakınının çalışıyor olması	9	% 9
Kaliteli hizmet	5	% 5
Tesadüfen	2	% 2
Diğerleri	2	% 2
TOPLAM	100	% 100

Tablo 9. Hastaların Tedavi Amacıyla Bu Kuruluşu Tercih Etme Nedenlerinin Değerlendirilmesi

8. Hastaların Tedavi Sürecinde Herhangi bir Sorunla Karşılaşıp Karşılaşmama ve Müdahale Durumları

Hastaların % 15' i sorunla karşılaştığını, % 85'i karşılaşmadığını düşünmektedir. Ayrıca % 15 sorunla karşılan hastalardan Genel toplamda %10 hasta müdahalede bulunmuştur. Bunlardan altı tanesi erkek, 4 tanesi bayandır.

9. Hastaların Tedavi Sürecinde Bekleme/Bekletilme Durumları

Hastaların % 54'ü tedavi sürecinde bekletildiğini, % 46'sı bekletilme durumu olmadığını düşünmektedir.

Tedavi sürecinde Bekletildiğini düşünen % 54 hastanın hangi aşamalarda bekletildiğini gösteren tablo aşağıdaki gibidir.

Bekletildiği Düşünülen Aşamalar	Kişi Sayı	Oranı
Kayıtta	9	% 16.68
İlk muayenede	12	% 22.22
Randevuda	21	% 38.89
Randevulu olarak gelip tedaviye alınmadan önce	12	% 22.22
TOPLAM	54	% 100

Tablo 10. Hastaların Tedavi Sürecinde Bekleme/Bekletilme Durumlarının Değerlendirilmesi

10. Hastaların Tedavi Sürecinde Tüm Hastalara Eşit Davranılıp/Davranılmadığı Konusundaki Düşünceleri

Hastaların % 66'sı eşit davranıldığını, % 34'ü eşit davranılmadığını düşünmektedir.

11. Hastaların Sonraki Diş Tedavilerinde Yine Diş hekimliği Fakültesini Tercih Edip/Etmeme Konusundaki Düşünceleri

Diş hekimliği Fakültesini Tercih Edip/Etmeme Konusundaki Düşünceleri	Kişi Sayı	Oranı
Evet	69	% 69
Hayır	6	% 6
Belki	25	% 25
TOPLAM	100	% 100

Tablo 11. Hastaların Sonraki Diş Tedavilerinde Yine Diş hekimliği Fakültesini Tercih Edip/Etmeme Konusundaki Düşünceleri

12. Hastaların Hekim Tercihleri ve Araştırma Görevlisi-Öğretim Üyelerinde Tedavi Olma Nedenleri

Hastaların Hekim Tercihleri	Kişi Sayı	Oranı
Araştırma Görevlisi	46	% 46
Öğretim Üyesi	21	% 21
Stajyer Öğrenci	33	% 33
TOPLAM	100	% 100

Araştırma Görevlisi veya Öğretim Üyelerinde Tedavi Olma Nedenleri	Kişi Sayı	Oranı
Mali Durum	18	% 18
Sosyal Güvenlik	12	% 12
Zaman sorunu	21	% 21
Öğretim Üyelerinin konusunda uzman olduğu düşüncesi ve daha iyi sağlık hizmeti alma isteği	27	% 27
Daha önce yapılmış tedaviden memnun kalmama ve daha iyi hizmet alma isteği	1	% 1
Tavsiye üzerine	13	% 13
Daha önceki tedaviye bağlı olarak memnuniyet üzerine	8	% 8
TOPLAM	100	% 100

Tablo12-13. Hastaların Hekim Tercihleri ve Araştırma Görevlisi-Öğretim Üyelerinde Tedavi Olma Nedenlerinin Değerlendirilmesi

13. Hastaların Hekimlerin Hizmetlerini Değerlendirmesi

Hekimlerin Davranışları	Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		Çok kötü		TOPLAM	
	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%
Hekimin size karşı gösterdiği ilgi	39	39	46	46	14	14	0		1	1	100	100
Hekimin tedavi hakkında bilgilendirmesi	27	27	56	56	15	15	1	1	1	1	100	100
İhtiyaç duyulduğunda hekime ulaşılabilirliği	24	24	48	48	25	25	3	3	0		100	100
Tedavi sonrası yapılması gerekenlerle ilgili tavsiyede bulunma	39	39	49	49	12	12	0	0	0		100	100

Tablo 14. Hastaların Hekimlerin Hizmetlerini Değerlendirmesi

14. Hastaların Hemşire ve Diğer Sağlık Personelinin (Röntgen teknisyenleri, Klinik temizlik görevlileri) Hizmetlerini Değerlendirmesi

Hemşire ve Diğer Sağlık Personelinin (Röntgen teknisyenleri, Klinik temizlik görevlileri) Davranışları	Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		Çok kötü		TOPLAM	
	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%
Hemşire ve Sağlık personelinin size karşı tutum ve davranışları	33	33	50	50	14	14	3	3	0		100	100
Hemşire ve Sağlık personelinin kişisel bakım,giyim,konuşma ve yaklaşımı	35	35	41	41	21	21	3	3	0		100	100

Tablo 15. Hastaların Hemşire ve Diğer Sağlık Personelinin (Röntgen teknisyenleri, Klinik temizlik görevlileri) Hizmetlerini Değerlendirmesi

15. Hastaların İdari Personelin (Vezne, hasta kayıt, sekreter, kat görevlileri) Hizmetlerini Değerlendirmesi

İdari Personelin(Vezne, hasta kayıt, sekreter, kat görevlileri) Davranışları	Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		Çok kötü		TOPLAM	
	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%
İdari personelinin size karşı tutum ve davranışları	34	34	49	49	10	10	5	5	2	2	100	100
İdari personelin hasta yakınlarına karşı tutum ve davranışları	31	31	50	50	11	11	8	8	0		100	100
İdari personelin yönlendirme ve bilgilendirmelerinin değerlendirilmesi	37	37	54	54	5	5	3	3	1	1	100	100

Tablo 16. Hastaların İdari Personelin (Vezne, hasta kayıt, sekreter, kat görevlileri) Hizmetlerini Değerlendirmesi

16. Hastaların İdari Personelin (Dekanlık, Fakülte sekreterliği, Bölüm başkanlığı) Hizmetlerini Değerlendirmesi

İdari Personelin(Dekanlık, Fakülte sekreterliği, Bölüm başkanlığı) Davranışları	Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		Çok kötü		TOPLAM	
	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%
İdari personelinin size karşı tutum ve davranışları, sorunlarınızla ilgili duyarlılıkları	25	25	46	46	27	27	2	2	0		100	100

Tablo 17. Hastaların İdari Personelin (Dekanlık, Fakülte sekreterliği, Bölüm başkanlığı) Hizmetlerini Değerlendirmesi

17. Fiziksel veya Zihinsel Sorunu Olan Hasta ve Yakınlarına Akademik ve idari Tüm Personelin Duyarlılık, Tutum ve Davranışları

İdari ve Akademik Personelin Davranışları	Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		Çok kötü		TOPLAM	
	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%
Tüm personelinin size karşı tutum ve davranışları, sorunlarınızla ilgili duyarlılıkları	11	11	16	16	6	6	0		0		100	100

Tablo 18. Fiziksel veya Zihinsel Sorunu Olan Hasta ve Yakınlarına Akademik ve idari Tüm Personelin Duyarlılık, Tutum ve Davranışlar

18. Hastaların Bölümler arası Koordinasyon Konusundaki Düşünceleri

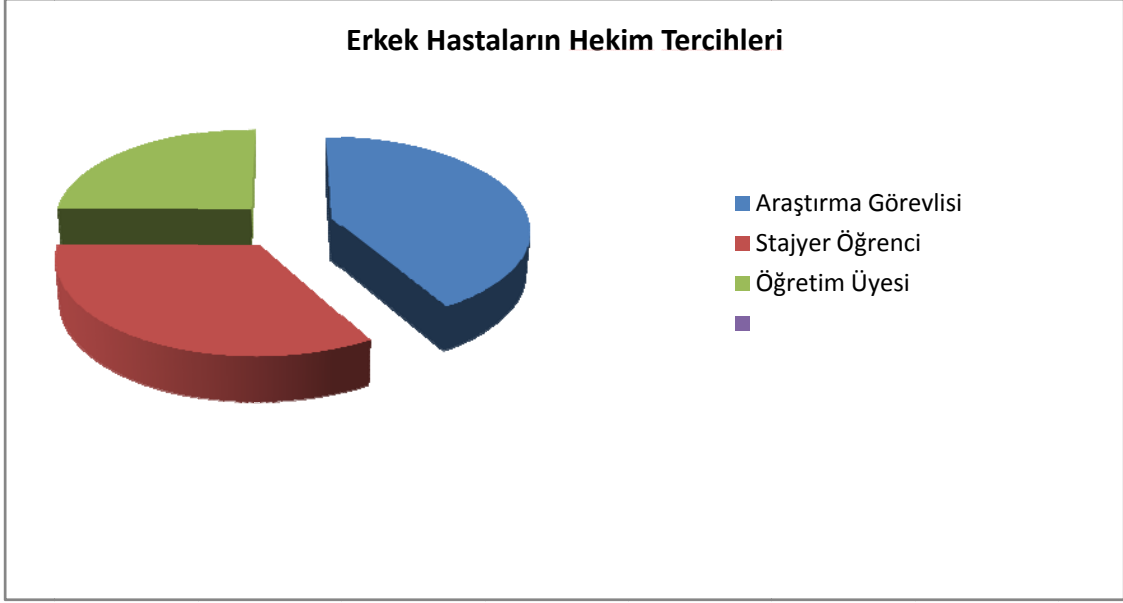
Bölümler arası koordinasyon	Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		Çok kötü		TOPLAM	
	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%
Bölümler arası koordinasyon konusundaki düşünceniz	20	20	50	50	27	27	2	2	1	1	100	100

Tablo 19. Hastaların Bölümler arası Koordinasyon Konusundaki Düşünceleri

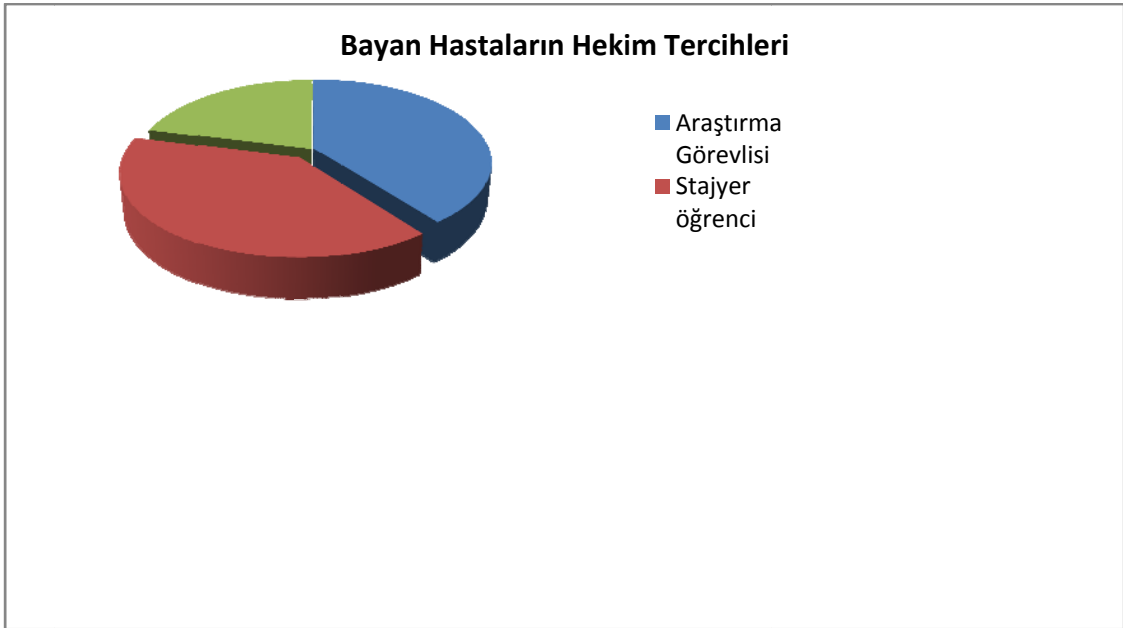
19. Hastaların Fakültenin Genel Görünüm ve Temizlik Gibi Konulardaki Düşünceleri

Hastaların görüşleri	Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		Çok kötü		TOPLAM	
	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%	K	%
Fakülte ortamının huzurlu ve rahatlatıcı oluşu hakkındaki görüşler	32	32	46	46	19	19	3	3	0		100	100
Fakülte birimlerinin yerleşimi	23	23	60	60	15	15	2	2	0		100	100
Kliniklerin genel görünüm ve temizliği	38	38	55	55	6	6	1	1	0		100	100
Hasta bekleme salonlarının temizliği ve sunulan hizmet	40	40	45	45	13	13	2	2	0		100	100
Fakültenin genel temizliği konforu, havalandırma, ısınma, ışıklandırma	44	44	42	42	13	13	1	1	0		100	100

Tablo 20. Hastaların Fakültenin Genel Görünüm ve Temizlik Gibi Konulardaki Düşünceleri

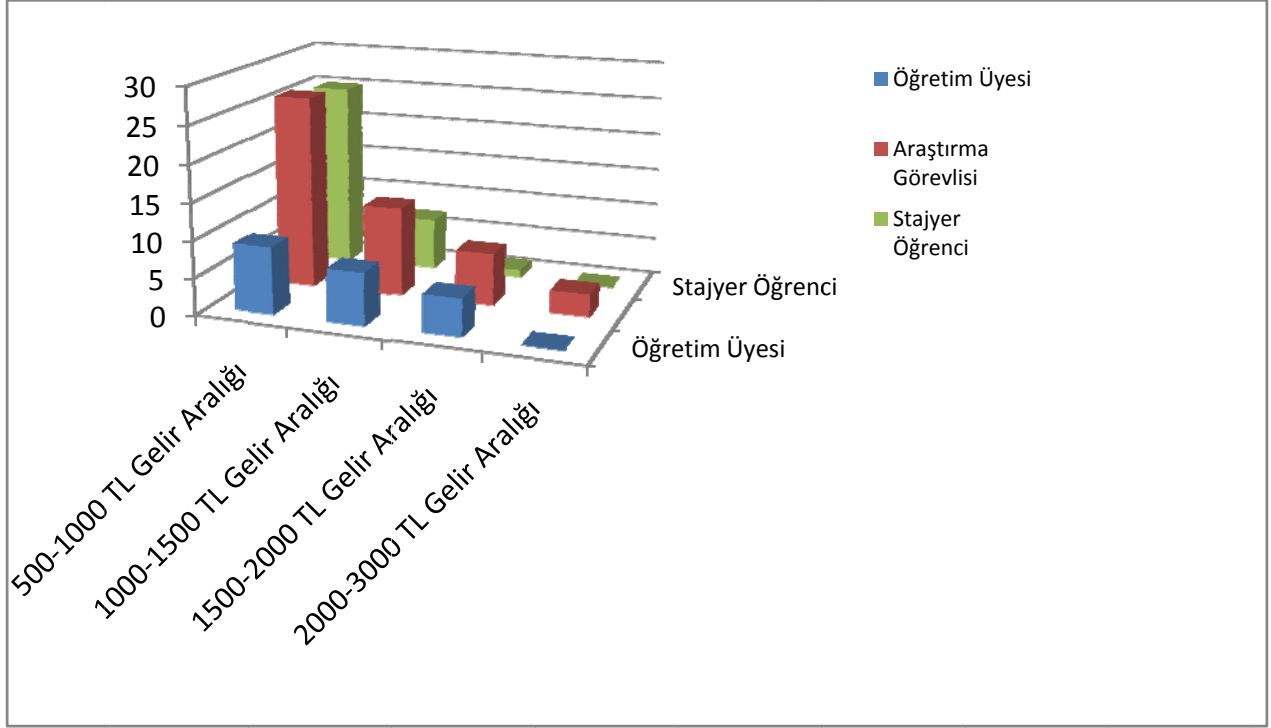


Şekil 2. Erkek Hastaların Hekim Tercihleri



Şekil 3. Bayan Hastaların Hekim Tercihleri

Gelir Durumu-Hekim Seçimi arasındaki İlişki



Şekil 4. Gelir Durumu-Hekim Seçimi arasındaki İlişki

Yapılan araştırmaya göre hasta memnuniyeti açısından değerlendirildiğinde sonuç, araştırmaya katılan 100 kişiden 69' u Diş hekimliği Fakültesi' nde tekrar tedavi olmak istemekte, 6 kişi istememekte ve 25 kişi kararsız kalmaktadır. Memnun kalmayan %6 ve kararsız kalan % 25 kişiden oluşan %31'lik hasta grubunun genel memnuniyetsizlik nedeni olan randevu bekletmelerinin ortadan kaldırılması ile %69'luk memnuniyetin daha da artacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

Çağımızda sağlık hizmetlerinin hasta odaklı verilmesi kaçınılmaz hale gelmektedir. Hasta odaklı sağlık hizmeti, hizmetin etkinlik ve verimliliğinin artırılmasını sağlamaktadır. Hasta odaklı hizmet vermek isteyen kurumlar hastayı tanımak ve beklentilerini bilmelidir. Bunun için hasta memnuniyet anketleriyle, beklenti anketlerinin birlikte yapılması gereklidir.

Ülkemizde hasta beklentileri, hastalara verilen yasal haklar düzeyine çıkmamıştır. Hasta hakları konusunda eğitim çalışmalarının artırılması ve sağlık sisteminin hasta merkezli hale gelebilmesi için yapısal dönüşümün sağlanması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçların artmasına paralel olarak artmakta ve değişim göstermektedir. Küresel gelişmelerin piyasa ekonomisinin alanını genişletip; kamu ekonomisi alanının daraltması, sağlık hizmetlerinin sunumunda da bazı piyasa yönlü değişimleri ortaya çıkarmaktadır. Nitekim, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sunumunda piyasa yönlü bir gelişme süreci yaşanmaktadır. Gerek artan nüfus ve artan sağlık ihtiyaçları ve gerekse artan küresel eğilimler, sağlık hizmetlerinin sunumunda da özelleştirmeyi hızlandırmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki piyasa yönlü gelişme, başta Birleşmiş Milletler ve Dünya Bankası olmak üzere uluslararası-küresel kuruluşlar tarafından da desteklenmekte ve özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarının bu yönde yapılandırılması sağlanmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu, ağırlıklı olarak kamu ekonomisi tarafından üstlenilmiştir. Özellikle temel (birinci basamak) sağlık hizmetleri ve bunun yanı sıra diğer tedavi, ilaç ve vb. hizmetler de kamu tarafından etkin olarak sunulmaya çalışılmıştır. Ancak sağlık sunumu ve finansmanında yer alan kuruluşlardaki çok başlılık ve genel makro iktisadi sorunlardan kaynaklanan kaynak yetersizliği, kayıt dışılık gibi nedenlerle yeterli hizmet sunumu sağlanamamıştır. 1990’lı yıllardan itibaren küresel gelişmelerin getirdiği kamu hizmetlerinin piyasalaştırılması süreci, sağlık sektöründe de etkisini göstermiştir. Sağlık hizmeti satın alabilecek bireylere piyasa tarafından sağlık hizmeti sunulması mümkündür. Ancak Türkiye gibi işsizliğin ve yoksul sayısının yüksek olduğu bir ülke için özellikle temel sağlık hizmetlerinin sunumu ve muhtaç ve yoksullara yönelik diğer sağlık hizmetlerinin sunumunun kamu ekonomisi kapsamında düşünülmesi kaçınılmaz olmaktadır. Yakında uygulanması düşünülen yeni sosyal güvenlik sistemi ile herkesin eşit bir şekilde bu sistemden yararlandırılması amaçlanmaktadır. Ancak burada önemli olan, uygulamada ortaya çıkması muhtemel aksaklıkların ertelenmeyerek, zamanında çözümlenmesinin sağlanmasıdır. Sonuçta sağlık hizmetleri sunumundaki özelleştirme çabalarının, toplumun her kesimine yönelik hizmet üretimine engel oluşturmaması konusunda gerekli hassasiyet gösterilmelidir.

Diğer sektörler için müşteri tatmini ne kadar önemli ise, hasta tatmini de sağlık sektöründe hizmet veren kuruluşlar açısından bir o kadar önemlidir. Hastanın almış olduğu hizmetin kalitesi ile ilgili algılamaları pozitif yönde arttıkça, hastanın tatmin olma düzeyi de bu artıştan olumlu bir şekilde etkilenecektir. Algılanan hizmet kalitesi ile ilgili pozitif bir durum, hastaların hizmet aldığı sağlık kurumunu yeniden tercih etme ve tavsiye etme niyetlerini olumlu bir şekilde etkileyecektir.

KAYNAKÇA

- AKDUR RECEP, “Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu, Ankara, 2003.
- ALPUGAN Oktay, “ Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler”, Eskişehir, 1995.
- ALTINTAŞ Murat Hakan, “Tüketici Davranışları”, İstanbul, 2000.
- BENLİ Teoman, “Hastane Süreçleri” , Ankara, 2007.
- BOSTAN Sedat, **Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu**, Sağlık Hakkı Dergisi, 2006, Cilt:1, Sayı:1
- DURSUN Yunus, ÇERÇİ Meral, “ Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma”, Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi, Temmuz-Aralık 2004, Sayı:23.
- ÇİMEN Mesut, ATEŞ Metin, “Hastanelerde Enformasyon Sistemleri”, İstanbul, 1997.
- DİNÇER ÖMER, “Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası”, İstanbul, 2004.
- DUYAN Veli, “Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut” Ankara, 1996.
- ENGİN Oğuz, “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini”, İstanbul, 1997.
- EREN Berna, “Hekimlerle İlişkiler, Hastane Yöneticiliği”, İstanbul, 1997.
- GORDON Thomas, EDWARDS Sterling, “Doktor-Hasta İşbirliği”, İstanbul, 1997.
- GÜLEŞ H.Kürşat, ÖZATA Musa, “Sağlık Bilişim Sistemleri”, Ankara, 2005.
- KARAGÖZ İrfan, “ Tıbbi Teknoloji Yönetimi”, Ankara, 1998.
- KAVUNCUBAŞI Şahin, “ Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”,Ankara, 2000.
- KURTULMUŞ SEVGİ, “Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi”, İstanbul,1998.
- ÖZER Ali, ÇAKIL Enver, **Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler**; Tıp Araştırmaları Dergisi 2007: 5 (3):140 – 143.
- SEÇİM Hikmet, “Hastane İşletmeciliği”, Eskişehir, 1995.

SÖZEN Cemil, “**Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**” Konya, 1997.

SÖZEN Cemil, ÖZDEVECİOĞLU Mahmut, “**Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık İşletmelerinde Yönetim**”, Ankara, 2002.

ŞİMŞEK M. Şerif, “**Yönetim ve Organizasyon**”, Konya, 1996.

ŞİMŞEK M. Şerif, ÇELİK Adnan, “**Yönetim ve Organizasyon**”, Konya, 2009.

TABAK Ruhi Selçuk, “**Kurumsal İletişim**”, İstanbul, 1997.

TABAK Ruhi Selçuk, “**Sağlık İletişimi**”, İstanbul, 1999.

TENGİLİMOĞLU Dilaver, “**Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler**”, Ankara, 2001.

YİĞİT ŞAKAR Ayşe, “**Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**” İstanbul, 1999.

<http://www.merih.net/m1/womekar22.htm> “Sağlık hizmetlerinin Pazarlanması ve Bir Örnek Olay-Ömer KARAHAN,2010.

<http://www.merih.net/m1/wosmhay21.htm> “Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi?-Osman HAYRAN,2010.

<http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>,2010.

http://hastaninhaklari.blogcu.com/hasta-odakli-saglik-sistemi_1435223.html,2010.

<http://www.sayistay.gov.tr/yayin/dergi/dergi3.asp?id=502>,2010.

<http://www.merih.net/m1/whulkuz11.htm>,2010.

<http://www.haksay.org/files/sedat08.doc>,2010.

<http://www.merih.net> “Hastanelerde İş gören Yönetimi”- Ümit ŞAHİN,2010.