

**T.C.
YÜZÜNCÜYIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**2000'Lİ YILLARDA TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN İDARİ,
TEKNİK VE KALİTE BOYUTLARINDA MEYDANA GELEN
DEĞİŞİMLERİN ALGISI: DOĞU İLLERİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Orhan ÇETİNKAYA

VAN - 2013

T.C.
YÜZÜNCÜYIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**2000'Lİ YILLARDA TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN İDARİ,
TEKNİK VE KALİTE BOYUTLARINDA MEYDANA GELEN
DEĞİŞİMLERİN ALGISI: DOĞU İLLERİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Orhan ÇETİNKAYA

Danışman
Yar. Doç. Dr. Ferit İZCİ

VAN - 2013

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

Orhan ÇETİNKAYA'nın "2000'li Yıllarda Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerinin İdari, Teknik ve Kalite Boyutlarında Meydana Gelen Değişimlerin Algısı: Doğu İlleri Örneği" başlıklı tezi .../0.../2013 tarihinde, jürimiz tarafından Kamu Yönetimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan :

Üye (Danışman) :

Üye :

Üye :

ONAY: Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

.../0.../2013

.....

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu çalışmada ülkemizde 2000'li yıllardan sonra sağlık hizmetlerinde meydana gelen idari, teknik ve kalite bakımından değişimlerin neler olduğunun tanıtılmasını sağlamak ve bu değişimlerden vatandaşın ne düzeyde haberdar olduğu ve değişimler hakkındaki düşüncelerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Çalışmamın oluşturulması sürecinde görüş, öneri ve desteğini esirgemeyen değerli tez danışmanım Sayın Yar. Doç. Dr. Ferit İZCİ'ye, çalışmalarım esnasında destek ve yardımlarından dolayı Sayın Özlem SUR'a teşekkürlerimi sunarım.

Orhan ÇETİNKAYA

ÖZET

2000'Lİ YILLARDA TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN İDARİ,
TEKNİK VE KALİTE BOYUTLARINDA MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLERİN
ALGISI: DOĞU İLLERİ ÖRNEĞİ

ÇETİNKAYA, Orhan

Yüksek Lisans, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yar. Doç. Dr. Ferit İZCİ

Mart- 2013, 150 sayfa

Teknoloji ve bilim geliştikçe, yaşamın her alanında değişim kaçınılmaz bir şekilde ve her gün artan bir ivmeyle devam etmektedir. Yaşanan değişim insanlardaki eğitim ve bilinç düzeyini de paralelinde arttırmaktadır. Artan bilinç her alanda kendini gösterdiği gibi sağlık alanında da kendini göstermektedir.

Artık hükümetler seçim kampanyalarında sağlık alanında yaptıkları değişim ve gelişmelerle kendileri göstermeye çalışmakta, kampanyalarında ve iktidardaki çalışmalarında ülke gelirinin önemli bir kısmını sağlık yatırım ve harcamalarına ayırmaktadırlar.

Ülkemizde de Cumhuriyet dönemine gelinene kadar ağır savaşlar atlatılmış, büyük kayıplar verilmiş, hasta adam benzetmesine karşılık kısa sürede büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Sağlıkta da Sıhhat ve İctima-ı Muavenet Vekâleti (şimdiki sağlık bakanlığı) kurulmuş, sağlık hizmetlerinin temelleri atılmış dönemin şartlarına, hastalık ve salgınlara göre kanunlar çıkarılmış (Tababet- i Adliye Kanunu, Sıtma mücadelesi hakkında kanun, Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, Umumi Hıfzısıhha Kanunu gibi) ve uygulamaya konulmuştur.

Daha sonraki dönemlerde sağlık alanında yine ilerlemeler gösterilmiş, fakat gayri safi milli hasıladan sağlığa yeterli harcama ve yatırımlar yapılamamış, Dünya Sağlık Örgütü v.b.'nin sağlık alanındaki yaptığı sıralamalarda ilk yirmilere bile girilememiş, bir türlü istenilen seviyeye gelinememiştir.

Ülkemizde sağlık alanında 90'lı yıllardan başlayan bir farkındalık oluşmuş, asıl önemli gelişmeler ise 2003 "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile başlamıştır. Önemli yatırımlar yapılmış, birçok proje hayata geçirilmiştir. Ülkemiz Sağlık konusunda ülke sıralamalarının ilk yirmisine bile giremezken, bugün Dünya Sağlık Örgütü tarafından değişim ve gelişmeleriyle dünyaya model olarak gösterilmektedir.

Bu araştırmanın amacı, 2000'li yıllardan sonra meydana gelen değişimler hakkındaki literatürün taranıp, sağlık alanında meydana gelen değişimlerin tanıtılmasını, anlaşılmasını sağlamak ve sağlık alanındaki idari, teknik ve kalite bakımından yaşanan değişimlerin doğu illerindeki halkın demografik özellikleri dikkate alınarak, algısının düzeyini ve nasıl algıladıklarını ölçmektir.

Araştırma 2012 yılında Doğu illerinde Ağrı, Ardahan, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Hakkari, Iğdır, Kars, Malatya, Muş, Tunceli ve Van illerinde bulunan (N= 400) kişilerle yürütülmüş ve anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Anket doğu illerinde yaşayan kişilerin demografik özelliklerinin bulunduğu bölüm ve sağlıkla alanındaki idari, teknik ve kalite bakımından algı ve düşüncelerinin ölçüldüğü 4 bölümden oluşmaktadır. Anketin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach's Alpha Güvenilirlik testi uygulanmıştır.

Verilerin analizinde; frekans tabloları, açıklayıcı istatistikler, iki değişken arasındaki ilişkinin analizi için Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, doğu illerindeki vatandaşların genel olarak idari, teknik ve kalite bakımından yaşanan değişimlerden haberdar oldukları, idari bakımdan henüz tam olarak tecrübe edemedikleri "yeni teşkilat yasası" ndan haberdar oldukları fakat sağlık yönetiminde yararlı olmayacağı düşüncesinde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Teknik bakımdan; doğu illerindeki vatandaşlardan eğitim seviyesi yüksek olanların algısının daha yüksek olduğu görülmüştür. Doğu illerindeki vatandaşların genel olarak kalite bakımından yaşanan değişimlerden memnun oldukları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmeti, Değişim, Kalite, Sağlıkta Değişimin Algısı

THE ADMINISTRATIVE, TECHNICAL AND QUALITY PERCEPTION OF THE CHANGES IN TURKEY'S HEALTH CARE IN 2000'S: A CASE OF EASTERN PROVINCES

ÇETİNKAYA, Orhan

Post Graduate, Department of Public Administration

Thesis Advisor: Assistant Professor Ferit İZCİ

March- 2013, 150 pages

Alterations in every area of life continues at an increasing rate under favour of developments of technology and science. These alterations increases the level of education and awareness in humans. Increased awareness manifests itself in the field of health as in the other areas.

Goverments try to show themself the changes and developments they achieved in the field of healthcare in the ir election campaigns. And goverments also devotes a significant part of income of the country for healthcare investments and expenditure during the period of ruling party and election campaigns.

Turkey had overcome heavy wars and incured losses until the period of republic. Despite the metaphor sick man, the Republic of Turkey made progress in a short time. According to the conditions and contagious illnesses of the period, several laws such as Pharmaceuticals and Medical Preparations Law, Strife with Malaria Law, Bacteriology and Ghemistry Laborities Law, General Healthcare Law, Legal Medicine Law and Medical Sciences with Its Branches Law were enacted and put into practice.

Although the advances in the field of health in the later periods, sufficient share of the gross natural product was not allocated for healthcare. According to the World Health Organization's rankings, Turkey's healtcare field has not been in the first twenty and in spite of everything desired level has not been reached so far.

After the 90's, there was an awareness of the field of health in our country but the most important development in this field started in 2003 with a programme which is called "Transformation Programme in the Health Field". As a result of this

programme, significant investments was made in this field and a lot of projects was implemented. Turkey's ranking in the health field among the other participants was so poor in the past but now Turkey has been presented as a model country for other countries by World Health Organization.

The main purpose of this study is to determine the level of the public perception and how these people have realized changes in the health field especially after 2000's. The other expectations are to provide an understanding and the introduction of the changes, which are in administrative, technique and quality in the health care field, for the public. The demographic characteristics of the people live in east region of Turkey was considered in this survey.

Public survey was made with 400 people live in Agri, Ardahan, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Hakkari, Iğdır, Kars, Malatya, Muş, Tunceli and Van where are located in the eastern of Turkey in 2012. The survey includes 4 chapters which are "demographic characteristics of these people" and "some analysis with regard to administrative, technique and quality in healthcare field". To test the reliability of the survey was used Method of Cronbach's Alpha.

In analysis of data was used some statistics methods which are frequency table, descriptive statistics and Pearson Correlation Coefficient to test correlation between two variables.

According to the survey, people live in the eastern of Turkey usually know some changes such as administrative, technique and quality in healthcare field but these people have no enough information about changing of the administrative. From technical aspect, educated people were found to be higher in the perception of healthcare field than others. The people are usually satisfied with these changes, especially in quality field.

Key words: Health, healthcare, alteration, Quality, Perception of change in health care

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|----|
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 1. BÖLÜM | |
| KAVRAMSAL ÇERÇEVE | |
| 1. 1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETİ VE DEĞİŞİM..... | 4 |
| 1. 2. Sağlıkta Değişimin Nedenleri ve Gerekliliği..... | 5 |
| 1. 3. Değişim ve Gelişim İçin Yapılması Gerekenler ve İhtiyaç Duyulanlar..... | 6 |
| 1.4. BELLİ DÖNEMLER İTİBARIYLA SAĞLIKTA YAŞANAN DEĞİŞİMLER..... | 8 |
| 1.4.1. 1920- 1939 Dönemi..... | 8 |
| 1.4.2. 1940- 1959 Dönemi..... | 9 |
| 1.4.3. 1960- 1979 Dönemi..... | 9 |
| 1.4.4. 1980- 1989 Dönemi..... | 10 |
| 1.4.5. 1990'lı yıllardaki Gelişmeler..... | 10 |
| 1.4.6. 1990'lı Yıllar Sonrasında 2000 Yılından Bugüne Yaşanan Gelişmeler..... | 12 |
| 1.5. 2000'Lİ YILLARDA TÜRKİYE'DE SAĞLIK ALANINDA İDARİ, TEKNİK VE KALİTE BAKIMINDAN MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLER..... | 14 |
| 1.5.1. İDARİ BAKIMINDAN MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLER..... | 14 |
| 1.5.1.1. Yeni Teşkilat Yasası..... | 16 |
| 1.5.1.1.1. Bakanlığa Bağlı Üç Ana Kuruluşun Görevleri..... | 17 |
| 1.1.1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu..... | 17 |
| 1.1.2. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu..... | 17 |
| 1.1.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu..... | 17 |
| 1.5.1.1.2. Sağlık Bakanlığının İl Düzeyinde Teşkilatlanması..... | 18 |
| 1.2.1. İl Sağlık Müdürlüğü..... | 18 |
| 1.2.2. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü..... | 18 |
| 1.2.3. Kamu Hastane Birliği..... | 18 |
| 1.5.1.1.3. Genel sekreterin görevleri..... | 19 |
| 1.5.1.2. Hastane İdarelerine Bu Konuda Eğitim Almış Personelin İstihdam Edilmesi Hakkında Çalışmalar ve Değişiklikler..... | 20 |
| 1.5.1.3. Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Sınavları..... | 22 |
| 1.5.1.4. Başhemşirelere Lisans Mezunu Olma Şartı Getirilmiştir..... | 22 |

| | |
|--|----|
| 1.5.1.5. Hekimlere Mecburi Hizmet Şartı ve Çakılı Sağlık Personeli Alımları..... | 23 |
| 1.5.1.6. Aile Hekimliği Uygulaması..... | 24 |
| 1.5.1.7. Yabancı Uyruklu Personel Çalıştırılması ve Personel Açığını Giderecek Akılcı Alternatiflerin Uygulanması..... | 27 |
| 1.5.1.8. SAİK (SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI) 2023 VİZYONU..... | 28 |
| 1.5.1.9. İdari Kadrolara Bakanlık Onayı Verilmesi..... | 30 |
| 1.5.1.10. Toplu İhalelerin Yapılması..... | 30 |
| 1.5.1.11. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi..... | 30 |
| 1.5.1.12. Tam Gün Yasası..... | 32 |
| 1.5.1.13. SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu)..... | 32 |
| 1.5.1.14. Hekim Seçme Hakkı..... | 33 |
| 1.5.1.15. ÇKYS (Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi)..... | 34 |
| 1.5.1.16. İKYS (İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi)..... | 34 |
| 1.5.1.17. MKYS (Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi)..... | 35 |
| 1.5.2. TEKNİK BAKIMDAN MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER..... | 36 |
| 1.5.2.1. ÇKYS (Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi)..... | 36 |
| 1.5.2.2. HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri)..... | 37 |
| 1.5.2.3. Hastane Birimlerindeki Sarf Malzeme Stok Seviyesi Takibi..... | 38 |
| 1.5.2.4. TİG (Teşhisle İlişkili Gruplar)..... | 39 |
| 1.5.2.5. MHRS (Merkezi Hastane Randevu Sistemi)..... | 40 |
| 1.5.2.6. Elektronik Reçete (E-Reçete) Kullanımı..... | 40 |
| 1.5.3. KALİTE BAKIMINDAN MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER..... | 41 |
| 1.5.3.1. Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı..... | 43 |
| 1.5.3.1.1. Bağlı Birimlerin Görev ve Sorumlulukları..... | 44 |
| 1.1.1. Kalite Değerlendirme Birimi..... | 44 |
| 1.1.2. Kalite Standartları Geliştirme Birimi..... | 44 |
| 1.1.3. Bilgi Yönetimi Birimi..... | 44 |
| 1.1.4. Proje Yönetimi ve Uluslar arası Çalışmalar Birimi..... | 44 |
| 1.1.5. Kalite Eğitimleri Birimi..... | 45 |
| 1.1.6. Akreditasyon Birimi..... | 45 |
| 1.1.7. Beyaz Kod Birimi..... | 46 |
| 1.5.3.2. Bebek Ölüm Hızı (Mortalite) Oranı..... | 52 |

| | |
|--|----|
| 1.5.3.3. Anne Ölüm Hızı Oranı..... | 54 |
| 1.5.3.4. Hasta Hakları Birimlerinin Kurulması..... | 54 |
| 1.5.3.5. Dumansız Hava Sahası Programı..... | 55 |
| 1.5.3.6. Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı (ÇPGD)..... | 56 |
| 1.5.3.7. El Hijyeni Programı..... | 57 |
| 1.5.3.8. Organ ve Doku Nakli Merkezleri ve Bağış Birimlerinin Kurulması..... | 57 |
| 1.5.3.9. Hastanelerde Ulusal Kodların Kullanılması..... | 59 |
| 9.1. Mavi Kod (Temel Yaşam Desteğinin Güvence Altına Alınması)..... | 60 |
| 9.2. Pembe Kod (Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması)..... | 61 |
| 9.3. Beyaz Kod (Çalışanlar İçin Güvenlik Tedbirleri)..... | 61 |
| 1.5.3.10. Akılcı İlaç Kullanımı..... | 62 |
| 1.5.3.11. Sağlıkta Alanında Yapılan Yatırım ve Harcamalar..... | 62 |
| 1.5.4. SAĞLIK ALANINDA YAPILAN DİĞER DEĞİŞİKLİK VE GELİŞMELER | |
| 1.5.4.1. Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Programı..... | 65 |
| 1.5.4.2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması..... | 66 |
| 1.5.4.3. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri..... | 67 |
| 1.5.4.4. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM)..... | 67 |
| 1.5.4.5. Acil Serviste Krize Müdahale Programı..... | 68 |
| 1.5.4.6. Obezite ile Mücadele Programı..... | 68 |
| 1.5.4.7. Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023..... | 69 |
| 1.5.4.8. Sürücü Davranışları Geliştirme Programı..... | 70 |
| 1.5.4.9. Sağlık Bakanlığı Telefon Hizmetleri..... | 70 |
| 9.1. 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)..... | 71 |
| 9.2. 150 BİMER (Başbakanlık Halkla İlişkiler ve İletişim Hattı)..... | 71 |

2. BÖLÜM

2000'Lİ YILLARDA TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN İDARİ, TEKNİK VE KALİTE BOYUTLARINDA MEYDANA GELEN DEĞİŞİMLERİN ALGISI: DOĞU İLLERİ ÖRNEĞİ

| | |
|------------------------------------|----|
| 2.1. Problem Durumu..... | 73 |
| 2.2. Araştırmanın Amacı..... | 75 |
| 2.3. Araştırmanın Hipotezleri..... | 76 |
| 2.4. Araştırmanın Önemi..... | 78 |

| | |
|---|-----|
| 2.5. Sınırlılıklar..... | 78 |
| 2.6. Varsayımlar..... | 78 |
| 2.7. Evren ve Örneklem..... | 79 |
| 2.8. Veri Toplama Teknikleri..... | 80 |
| 2.9. Verilerin Analizi..... | 81 |
| 2.10. BULGULAR VE YORUM..... | 83 |
| 2.10.1. Ankete Katılan Kişilerin Demografik Özellikleriyle İlgili Bulgular..... | 84 |
| 2.10.2. Sağlık Alanında İdari Bakımdan Yapılan Değişikliklerin Doğu İllerindeki Vatandaşların Algı (Tepki Faktörleri) Boyutları..... | 86 |
| 2.10.3. Araştırmaya Katılanların Demografik Değişkenlerinin Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi..... | 99 |
| 2.10.4. Araştırmaya Katılanların Demografik Özelliklerinin Sağlık Alanındaki İdari, Teknik ve Kalite Bakımından Meydana Gelen Değişikliklerle Aralarındaki İlişkiye Ait Bilgiler..... | 108 |
| 2.10.5. SONUÇ VE ÖNERLER..... | 116 |
| KAYNAKÇA..... | 132 |
| EKLER..... | 144 |

TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ

| | |
|---|-----|
| Tablo 1. Siyasi Güç Kaynakları..... | 6 |
| Şekil 1. Bebek Ölümlerinin Ülkelere Göre Dağılımı..... | 12 |
| Tablo 2. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları..... | 24 |
| Şekil 2. Kavramsal Model SAİK..... | 29 |
| Tablo 3. Hastane Kalite Kriterlerinin Bölümlere Göre Sayısı..... | 50 |
| Şekil 3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslar arası Karşılaştırması..... | 53 |
| Şekil 4. Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı,(1000 Canlı Doğumda),Türkiye..... | 53 |
| Tablo 4. Yıllara Göre Organ Nakli Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye..... | 59 |
| Tablo 5. Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcaması..... | 63 |
| Tablo 6. Sağlık Harcamaları 2008..... | 64 |
| Tablo 7. Sağlık Bakanlığı Tarafından Yapılan 2003 Saha Çalışması Sonuçlarının Avrupa Ülkeleri Sonuçları İle Karşılaştırılması..... | 66 |
| Tablo 8. Evren ve Örneklem Örnekleri Tablosu..... | 80 |
| Tablo 9. Deneklerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı..... | 84 |
| Tablo 10. Vatandaşların Sağlık Alanında İdari Bakımdan Meydana Gelen Değişimlerle İlgili Verilen İfadelere Katılma Derecelerinin Dağılımı..... | 89 |
| Tablo 11. Vatandaşların Sağlık Alanında Teknik Bakımdan Meydana Gelen Değişimlerle İlgili Verilen İfadelere Katılma Derecelerinin Dağılımı..... | 92 |
| Tablo 12. Vatandaşların Sağlık Alanında Kalite Bakımından Meydana Gelen Değişimlerle İlgili Verilen İfadelere Katılma Derecelerinin Dağılımı..... | 96 |
| Tablo 13. Eğitim Durumu ve Sosyal Güvence Arasındaki İlişki..... | 99 |
| Tablo 14. Cinsiyet ve Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Sayısı Arasındaki İlişki... 100 | |
| Tablo 15. Eğitim Durumu ve Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Sayısı Arasındaki İlişki..... | 101 |
| Tablo 16. Cinsiyet ve Bir Yıl İçerisinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki..... | 102 |
| Tablo 17. Medeni Durum ve Bir Yıl İçerisinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki..... | 103 |
| Tablo 18. Sosyal Güvence ve Bir Yıl İçinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki..... | 104 |

| | |
|---|-----|
| Tablo 19. Eğitim Durumu ve Bir Yıl İçinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki..... | 106 |
| Tablo 20. Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Sayısı ve Bir Yıl İçinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki..... | 106 |
| Tablo 21. Yaş Grupları ve Bir Yıl İçinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki..... | 107 |
| Tablo 22. Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Cinsiyet Değişkeni Bakımından İncelenmesi..... | 108 |
| Tablo 23. Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Medeni Durum Değişkeni Bakımından İncelenmesi..... | 109 |
| Tablo 24. Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Yaş Grupları Değişkeni Bakımından İncelenmesi..... | 110 |
| Tablo 25. Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Eğitim Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi..... | 111 |
| Tablo 26. Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Sosyal Güvence Değişkeni Bakımından İncelenmesi..... | 112 |
| Tablo 27. Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Sayısı Bakımından İncelenmesi..... | 114 |
| Tablo 28. Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Bakımından İncelenmesi..... | 115 |

GİRİŞ

Dünya hızla değişmekte ve değişim her alanda kendini göstermekte, kişilerin eğitim seviyesi yükseldikçe, teknoloji ilerleme kat ettikçe insanların beklentileri de her alanda artmaktadır. Artış ise değişimi zorunlu hale getirmektedir.

Beklenti ve buna bağlı olarak gelişen değişim, sağlık alanında da kendini göstermektedir. Sağlık alanının bu değişim ve gelişmelerin dışında kalması ve duyarsız olması düşünülemez. Bu yüzden tüm ülkeler sağlık alanında ciddi iyileştirme çabaları içine girmektedirler. Öyle ki bu çalışmalar dünyanın süper güçleri denilen ABD ve İngiltere gibi ülkelerde bile seçim çalışmalarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlıkta reform ihtiyaçları konuları, hükümetlerin öncelikleri arasına girmektedir.

Ülkemizde Cumhuriyetin kurulduğu zamandan bu yana sağlık alanında önemli çalışmalar yapılmıştır. 1923- 1937 yılları arasında Refik SAYDAM, takibinde Behçet UZ dönemi sağlıkta reform çalışmalarının ilk önemli adımlarıdır diyebiliriz. 1960'lı yıllarda Nusret FİŞEK liderliğinde uygulanmaya başlanan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" de önemli bir gelişme olarak karşımıza çıkmaktadır (Çinar ve Fişek; 2010: 4).

1980'li yıllara kadar sağlık alt yapısı ve örgütlenmesi çalışmaları yapılmış, 1983 sonrası ise sağlık politikalarında önemli değişmelerin yaşandığı, sağlıkta daha fazla köklü yeniliğin olması gerektiği düşüncesinin, farkındalığının ortaya çıktığı yıllar olmuştur. 1990 sonrası bu bilinç daha da gelişmiştir, Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler oluşturulmuş ve projeler sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiştir. 1990 sonrasında günümüze gelen süreçte ise, özellikle 2003 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" sağlıkta yeni bir dönemi başlatmış, idari, teknik ve kalite alanında önemli gelişmeler olmuştur. Dönüşümle birlikte ciddi başarılar elde edilmiştir. Bir ülkenin sağlık alanındaki başarısını belirleyen ölüm hızı, anne ölüm hızı, aşılama oranları, elde edilen kalite standartları v.b. göstergelerindeki olumlu gelişmeler bunun bir kanıtıdır diyebiliriz.

Dönüşümle vatandaşın devlet karşısındaki konumu değişmiş, kamusal hizmetlerden yararlanan vatandaşlar “müşteri” olarak algılanmaya başlanmıştır. Durum böyle olunca kamusal hizmetlerin pazarlanması konusu, sağlık hizmetlerinin de merkezine oturmuştur. Çünkü sağlığın korunması, iyileştirilmesi v.b. süreçler birer hizmet olup, sağlık kurumları da hizmet pazarlayan kurumlardır. Günümüzde bir ürünü pazarlamak bir işletme için ne kadar önemli ise bir hizmeti pazarlamak da o kadar önemlidir. Peki neden “pazarlama”? Elbette sağlık diğer hizmetlerin pazarlandığı gibi bir hizmet olmayıp daha ciddi, önemli ve hayati bir konudur. Özellikle hayati önemi nedeni ile sağlık hizmetinin pazarlandığı fikri mantıklı gelsin ya da gelmesin, insanları rahatsız edebilmektedir. Fakat hizmet pazarlaması denince herhangi bir ürünün pazarlanması gibi bir durum akla gelmemelidir. Sağlık kurumları hizmetini verirken bu hizmeti alanların memnuniyetini ön planda tutar hale gelmiştir. Bu yönüyle bir pazarlama ve hizmeti alanlara müşteri gözüyle bakılmaktadır. Bununla birlikte özel sağlık kuruluşlarının kurulması ile bir rekabet ortamı oluşmuş ve her zaman ki gibi rekabet müşteri memnuniyetini daha da önemli hale getirmiştir diyebiliriz.

2000’li yıllardan günümüze dönüşüm programındaki sonuçlar göstermiştir ki dönüşüm için yapılan harcamalar, insanların toplam sağlık harcamalarından daha fazla olmamaktadır ve bedeli ölüm ya da kalıcı bir hasar değildir. Özellikle “2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile sağlık alanında önemli yatırımlar yapıp hedefler konulmuş ve sonuçlar istenilenden daha iyi olmuştur. Sağlıkta idari anlamda şimdiye kadar gelen yönetim anlayışı değişmiş, eski hekim yöneticilerin yerini profesyonel olarak seçilmiş, tıp eğitimi yanında idari eğitim almış yöneticiler almaya başlamıştır. Sağlıkta kalite konusunda da büyük reformlar gerçekleştirilmiştir. Sağlık Banklığının kendisine ait kalite standartları oluşturulmuş ve bu standartlar hastanelerin, ağız dış sağlığı merkezlerinin, 112 acil sağlık hizmetlerinin dış mekanından çıkışlarına kadar tüm hizmetleri kapsamaktadır.

Bu araştırmanın amacı; 2000’li yıllarda yukarıda önemini vurgulamaya çalıştığımız alanlardaki gelişmeleri tanımlamak ve bunların doğu illerindeki vatandaş tarafından nasıl ve hangi düzeyde algılandığını ortaya çıkarmaktır. Çalışma iki bölümden oluşmaktadır.

Bu temeller çerçevesinde araştırmanın birinci bölümünde; sağlık, sağlık hizmeti ve 2000’li yıllardan günümüze sağlık alanında idari, teknik ve kalite boyutundaki değişimler literatürüne yönelik olarak kurumsal ve kavramsal çerçeve oluşturulacaktır. Araştırmanın ikinci bölümünde ise; sağlık hizmetleri ve sağlığın idari, teknik ve kalite boyutundaki bu değişimlerinin kişiler tarafından algılanması doğrultusunda problemin belirtilmesi, araştırmanın amacı, önemi, varsayımlar, sınırlılıklar, verilerin toplanması, evren örneklem ve verilerin çözümlenmesine ilişkin bilgiler verilmiştir. Ayrıca ikinci bölümde 2000’li yıllarda sağlık alanında idari, teknik ve kalite boyutunda yapılan değişimlerin doğu illerindeki kişiler tarafından algısının ölçülmesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Araştırmaya göre doğu illerindeki kişilerin demografik özellikleri, 2000’li yıllarda sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından yaşanan değişikliklerin halk tarafından algılanmasının hangi düzeyde olduğu belirtilmiştir. Söz konusu algı düzeyinin bireysel özelliklere göre karşılaştırılması, hangi alanda değişim algısının daha yüksek olduğunun karşılaştırılması amaca uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak verilmiştir. Konuyla ilgili; yapılmış ya da benzer çalışmalar ve elde edilen bulguların tartışılması çerçevesinde sonuç ve öneriler sunulmaktadır.

1. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETİ VE DEĞİŞİM KAVRAMLARI

Geçmişten günümüze sağlık ve sağlık hizmeti hep önemli konular olmuştur. İnsanlar belki pek çok şeyinden vazgeçebilir fakat sağlığından vazgeçmek istememektedir. Çünkü sağlığın bozulması yaşam kalitesini düşürmekte, ağırlığına göre kişiyi hiçbir şey yapamaz halede getirmektedir.

Yaşamımızın her alanında bu kadar önemli bir yere sahip olan sağlık kavramının tanımı ise Türk dil kurumu sözlüğünde; bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet şeklinde tanımlanmıştır (www.tdk.gov.tr).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan bir deklarasyona göre, sağlık şöyle tanımlanmıştır; herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması ve beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur (www.hastaneciyiz.blokspot.com).

Sağlık hizmeti ise; önem sırasına göre, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici hizmetlerdir. Koruyucu hekimlik hizmetleri hastalıklardan koruma yanında erken tanı ve tedavi (ikincil koruma) ve hastalığın nüküs ve komplikasyonlarından korumayı (üçüncül koruma) da kapsar (www.tdkterim.gov.tr).

Değişim; Bir süreç içindeki gelişmelerin, değişikliklerin tümü (www.nedirvikipedi.com). Türk Dil Kurumu'nun yaptığı tanıma göre ise değişim; Bir zaman dilimi içindeki değişikliklerin bütünü (www.tdksozluk) yaratılan farklılıkların tümüdür şeklinde tanımlanmaktadır.

1.2. Sağlıkta Değişim ve Gelişimin Nedenleri ve Gerekliliği

Yeni teknoloji yeni ilaçlar dâhil- nüfus yapısı ve hastalık yapılarındaki değişiklikler, kişi başı sağlık hizmeti maliyetlerini artırmaya devam ettirmektedir. Devlet ve piyasa hakkındaki entelektüel inançlardaki geniş kaymalar, sağlık sektörü için, politikalarda dâhil olmak üzere tüm ekonomik çözümler, piyasa rekabeti ve özelleştirmenin geniş anlamda desteklenmesi sonucuna yol açmıştır. Bugün birçok ülke, sağlık sektöründe ödeyebilecekleri düzey ve sağlamak istedikleri düzey arasında bir boşlukla karşı karşıyadır. Ekonomiler ilerledikçe beklentiler artmaya devam etmekte, ülkeler daha demokratik hale gelmekte ve dünya çapında medya temelli imajlar yayılmaktadır. Neredeyse bütün ülkelerde, sağlık hizmetleri maliyetleri, değişen demografik özelliklere, gelişen hastalık yapılarına, yeni teknolojiye ve büyüyen beklentilere bağlı olarak artmaktadır. Yeni fikirlere doğru global bir hareketlenme bulunmaktadır (M.J. Roberts ve ark., 2004 :17).

Amerika'da yayınlanan Ulusal Sağlık Bakımı Kalite Raporu'na göre, hali hazırda kanıtla pratik (bilinenler ile uygulananlar) arasında 17 yıllık bir fark bulunduğunu göstermiştir. Yine Amerika Tıp Enstitüsü'nün şaşırtıcı olduğu kadar dehşet verici verilerden bahseden raporunda, her yıl Amerika'da 44.000 ila 98.000 kişinin önlenebilir tıbbi hatalardan öldüğü ileri sürülmektedir. Bu rakam neredeyse günde bir uçak kazasına eşdeğer bir faciayı yansıtmaktadır (Institute of Medicine, 2000; IOM, 2001'den aktaran S. Aydın, 2007: 257). Ne yazık ki, kendi ülkemizde olmadığı gibi komşu ülkeler veya Avrupa ülkelerinde de bu şekilde araştırmalara rastlanılmadığından, sağlıklı bir değerlendirme yapmamız mümkün görünmüyor. Ama iddiaların sağlık hizmetlerini ve değişimin gerekliliğini sorgulamamız için yeterli düzeyde olduğunu da yadsıyamayız (S. Aydın, 2007: 257).

Belirtilen nedenler v.b. nedenler değişimi kaçınılmaz hale getirmektedir. Artık ülke hükümetleri milli gelirden sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmaya gitmektedir. Zira Amerika Tıp Enstitüsünün sonucuna göre gerçekleşen ölümlerin önlenebilir hatalardan meydana geldiği görülmektedir. Sağlık sektörü çoklu ve karmaşık bir sistemdir, bu yüzden önlenebilir hataların kaynağı hekim, yardımcı sağlık personeli, kullanılan aletlerin doğru çalışıp çalışmadığı, sterilizasyon, sağlık

kurumlarının fiziki şartları v.b. hepsi olabilir. Bu durumda bunun ayrımına yani nedenin hangi sebepten olduğunu bulmaya çalışmak yerine değişim ve gelişimi her alanda gerçekleştirmeli hatta yeni oluşumlar süreçler birimler oluşturarak daha iyisini sürekli yenilenen sistemleri geliştirmeliyiz. Çünkü sağlık hizmetleri insan hayatıyla uğraşmaktadır ve yaptığı bütün işlerin hayati değeri, önemi bulunmaktadır.

1.3. Değişim ve Gelişim İçin Yapılması Gerekenler ve İhtiyaç Duyulan Kaynaklar

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük bölümü devlet tarafından verilmektedir. Bunun için değişim ve gelişimin gerekliliğine önce hükümetler büyük bir inanç beslemelidirler ki sonuca ulaşılabilsin. Bu yüzden siyasi gücü yüksek bir hükümetin olması gerekmektedir.

Siyasi gücü belirleyen kaynaklar ise iki şekilde olabilir: Maddi ve maddi olmayan kaynaklar.

Tablo 3. Siyasi Güç Kaynakları

| Maddi Kaynaklar | Maddi Olmayan Kaynaklar |
|------------------------|--------------------------------|
| PARA | BİLGİ |
| ORGANİZASYON | LİDERLERE ERİŞİM |
| İNSANLAR | MEDYAYA ERİŞİM |
| OYLAR | UZMANLIK |
| EKİPMAN | MEŞRUIYET |
| BİNALAR | BECERİLER |

Kaynak: M.J. Roberts ve ark., 2004: 72

Maddi kaynakların tamamı bir grubun politika sürecini etkileme kapasitesini etkilemektedir. Para, siyasi katkılar sağlayabilir ve uzmanlık, medya erişimi, organizasyonel destek gibi diğer kaynakları satın alabilir (M.J. Roberts ve ark., 2004: 74).

Değişimi gerçekleştirecek siyasi gücü oluşturduktan sonra; önce geçmişimize, ne durumda olduğumuza ve olmak istediğimiz yere bakmalıyız. Belirlediğimiz hedefler için gerekli alt yapıyı oluşturmalıyız, alt yapıyı oluştururken öncelikle yapacağımız iş için yeterli finansmanımızın olup olmadığına bakmalı sonra bu finansman ile, kaliteli insan kaynağını, uygun fiziksel şartları, makine ve ekipmanları sağlamalı ve düğmeye basılmalıdır. Yeni sistemler geliştirirken, değişim başlangıcından itibaren sürekli özdenetime tabi tutulmalıdır, denetim sonuçlarına göre süreç yenilenebilir, eklemeler ve çıkarımlar yapılabilir.

Bu denetimlerde en önemli verimiz elbette ki vatandaşın sağlık durumunun ne olduğudur. Hiç bir şey değişmemekte mi yoksa sağlık durumu giderek iyileşmekte midir? Vatandaş memnuniyeti yanında çalışan memnuniyetine de bakılmalı, her iki grubunda, vatandaşın ve çalışanların riskten korunmaları sağlanmalıdır. Verilen bütün hizmetler ise sadece sosyal güvencesi olan gruplara değil ayırım gözetmeksizin tüm insanlara verilebilir olmalıdır. Bütün insanların doğumundan itibaren sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunmalıdır.

Tüm yapılanlar ve yapılacaklar kaliteli olmalıdır. Kalitesiz yapılan işler hep eksik ya da geri dönüşleri olan işler olacaktır. Peki kalite herkes için aynı anlama gelmekte midir? Sağlık hizmetleri gerçek anlamda karışık zor ve birçok parametresi olan bir süreçtir. Böyle karmaşık bir sistemde de kalite bir hekim tarafından algılandığı gibi vatandaş tarafından algılanmayabilir ya da bir durumu bir hekimin değerlendiği gibi yardımcı sağlık personeli değerlendiremeyebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde tüm işler zincirleme olmakta ve halkalardan birinin eksikliği yada hasarı büyük sıkıntılara yol açmaktadır. Bu nedenle kalite “herkese olabilecek – üstüne gerektiği kadar oturabilecek ” şekilde ayarlanmalıdır.

Yapılacak değişim ve gelişim ihtiyaçtan kaynaklanmalı, değişim yapmak için değişim yapılmamalıdır. Tabi her başlanan işin başarı garantisi bulunmamaktadır. Fakat riski en aza indirebilmek için sağlam bir alt yapı, doğru hedefler ve kaynaklar seçilmeli sonuçları yüzdeye vurduğumuzda ise, eğer köklü bir değişim sürecine girmişsek, % 50’ ye ulaşabilmeliyiz diyebiliriz.

1.4. BELLİ DÖNEMLER İTİBARIYLA TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA YAŞANAN DEĞİŞMELER

1.4.1. 1920- 1939 Dönemi

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, Cumhuriyet döneminin hemen ilk yıllarında “Sıhhat ve İçtima-i Muavenet ” adı altında kurulmuş ve ülkedeki tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi bu bakanlığa verilmiştir.

Vekalet, sağlık hizmetlerini ülkenin kurtuluşundan sonra çözülmesi gereken temel sorun olarak görmüştür. İlk vekil görevini Dr. Adnan Adıvar üstlenmiştir. Ardından II. Dünya Savaşına kadar Refik Saydam, Rıza Nur, Mazhar Germen, Ahmet Hulusi Alataş vekillik görevini üstlenmişlerdir. Vekaletle ait düzenli kayıtların olmadığı bu dönemde, sağlık ile ilgili yasalar çıkarmak, cepheden gelen yaralılarla ilgilenmek, iç ve dış göçmenlerin yerleştirilme işlemlerini gerçekleştirmek vekaletin temel işlevi olmuştur. Memleket sulha kavuşup da meşrutiyet yönetiminden Cumhuriyet yönetimine geçmesini takip eden günlerde Sıhhat ve İçtima-ı Muavenet Vekâleti üç müessesede 950 yatakla birlikte başlamış, az zamanda gelişerek sağlık davasını başarıyla ele almıştır (Öztürk, 2012: 140).

Sağlık bakanlığı , 1926 yılında çıkarılan bir kanunla, özel idare ve belediyelerde çalışan tüm sağlık personelinin atama ve yükseltmelerinin yapılması ve bütçelerinin sağlık harcamalarıyla ilgili bölümünün bakanlıkça hazırlanan bir yönetmeliğe göre düzenlenmesi konularında yetkili kılınmıştır. Böylece, kamu sektöründe çalışan tüm sağlık personelinin yönetimi merkezde sağlık bakanlığı bünyesinde toplanmıştır (Aktan; 2004: 2).

Kuruluşu 1920 olan sağlık bakanlığının gerçekleştirdiği uygulamalar;

- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet- i Adliye Kanunu,
- 1926 tarih ve 839 sayılı Sıtma mücadelesi hakkında kanun,
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyojoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun,

- 1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu,
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sihat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu,
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle tedavi ve diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun, (M.Y. Metintaş ve Ö. Elçioğlu, 2007: 162- 164)

1.4.2. 1940- 1959 Dönemi

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler hakkında kanun,
- 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği hakkında kanun,
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler hakkında kanun,
- 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu,
- 1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu (Sağlık Bakanlığı, 2003: 9).

1.4.3. 1960- 1979 Dönemi

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği 1960'lı yıllardan itibaren, Türkiye'de tüm sağlık hizmetleri devletin görevi olarak kabul edilmiş; koruyucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin tek elden merkezden yürütülmesine başlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı bir örgütlenme modeli benimsenerek sağlık ocakları ve bunlara bağlı sağlık evleri ile herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlandırılması ilkesi benimsenmiştir (Aktan; 2004:2).

1961 Anayasasının getirdiği “sosyal devlet” kavramı sosyal devlet anlayışı temel alınarak yapılan yeni düzenlemeler, yıllar boyunca temel sağlık politikalarına yön vermiştir. 1960'dan sonra planlı kalkınma dönemine girilmiş, modern sağlık idaresinin ülke gerçeklerine uygun bir hizmeti gerçekleştirebilecek olan 12 Ocak 1961 tarih ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” yürürlüğe konmuştur. Kanunun uygulanmasına 1963 yılında başlanmış 1983 sonu itibariyle de bütün Türkiye sosyalleştirilmiş sağlık hizmetine kavuşmuştur.

Yukarıda da değinildiği gibi bu dönem planlı kalkınma dönemi olup, 1963 -1967 yılı ilk beş yıllık kalkınma planı yayınlanmıştır. Kalkınma planı ile 224 sayılı kanunla birlikte: “istatistik formları, geri bildirim ve bunların değerlendirilmesi, ihbarı zorunlu hastalıklar, sevk zinciri, kurallar ve genelgeler, bütçe, atama ve görevlendirme, denetim, eğitim ve araştırma faaliyetleri (Hıfzısıhha Okulu, Halk Sağlığı Fakültesi) ve insan gücü planlaması, yasal çerçevenin geliştirilmesi” konusunda önemli çalışmalar yapılmıştır. (U. Çiner ve A.G. Fişek; 2010: 4)

1968- 1972 yılı ikinci beş yıllık kalkınma planı hazırlanmış, bu dönemde daha önce başlatılan sıtma, trahom, frengi, tüberküloz gibi hastalıklarla savaş projelerinin olumlu sonuçları alınmıştır. Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirmeye devam edilmiş kalkınma planında genel sağlık sigortası kurulması öngörülmüş ancak kabul edilmemiştir. 70’li yılların sonuna doğru gelindiğinde ise anne bebek ölüm hızlarında düşüşler meydana gelmiş ve sağlık hizmetlerinden daha fazla kişinin yararlandığı görülmüştür.

1.4.4. 1980- 1989 Dönemi

Seksenli yıllar 1961 de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi gayretlerine şahit olmuştur. 82 Anayasasının 60. maddesi “herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini” içerir. 56. maddesinde ise “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir” ifadesi yer almıştır.

1987 yılında “Sağlıkta Finans Yönetimi” konusunun öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası tekrar gündeme gelmiş, ancak bu hususta hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir (M. Çamcı, 2007: 6).

1.4.5. 1990’lı yıllardaki Gelişmeler

1990’lı yıllara gelindiğinde sağlık konusunda halkın belki tam olarak bilinci değil fakat farkındalıkları daha da artmıştır. Neden bilinci değil farkındalıkları; çünkü kişilerin bırakın sağlık sistemine bakış açılarını kendi sağlıklarına karşıda çok dikkatli olduklarını söyleyemeyiz. Şu ana kadar ülkemizdeki gözlemlerimiz göstermiştir ki hastalandığımızda ya da bir enfeksiyona v.b.’ne maruz kaldığımızda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamız, sıkıntımız ilerlediğinde olmaktadır

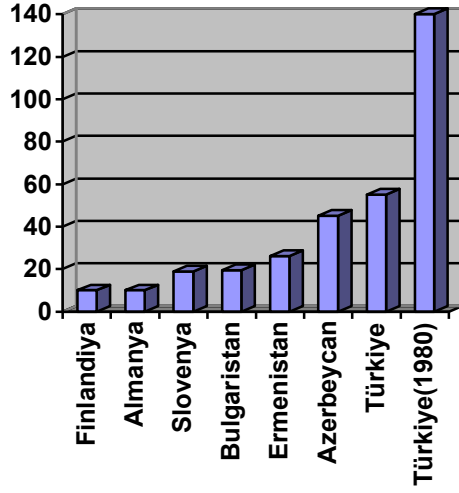
diyebiliriz. İkinci adım da ise sağlık kuruluşundan ayrıldıktan sonra verilen ilaçlar alınmakta, fakat kendimizi iyi hissetmeye başladığımız anda ilaç kullanımını bırakılmaktadır. Bu hem tam iyileşmemeye hem de kaynakların verimsiz kullanılmasına neden olmaktadır diyebiliriz. Üstelik hastalık tekrarlandığında da süreç yeniden başlamaktadır.

Yukarıda verilen örnekleri daha da çoğaltabiliriz; büyük bir çoğunluğumuzun düzenli sağlık kontrolü yaptırmamız, özellikle de ağız ve diş sağlığına önem vermememiz v.b. gibi. Liste daha da uzayabilmektedir. İşte bunun için bilincin değil farkındalığın artması diyebiliriz.

Sağlık hizmetini verenlerin tarafına baktığımızda ise; bilincin arttığı gözlemlenmiştir. Hekimlerimizin eğitim kalitesi daha yükselmiş, artık daha fazla hekim yurt dışına gidip oradaki örnek uygulamaları da görmeye başlanmıştır. Fakat iyileşmenin meydana gelebilmesi için sadece sağlık hizmetini verenlerin ya da halkın bilinçlenmesi yetmemektedir. Bunun için hükümetlerin de değişim ve gelişime destek vermesi, finansal durumlarını ona göre ayarlaması gerekmektedir.

Geçen ve ilerleyen zaman hem halka hem sağlık çalışanlarına hem de hükümetlere göstermiştir ki sağlık giderlerine yapılan harcamalar sağlığın gelişmesi ve korunması için yapılan harcamalardan daha az değildir. Yani eğer halk bilinçlendirilip doğru, kaliteli hizmet alırsa hastalıklar için yapılan tedavi harcamaları düşecektir, kişilerin yaşam kalitesi artacak uzun vadede de sağlık harcamaları daha da aşağılara çekilebilecektir. Bunun yanında 90'larda yapılan araştırmalar Türkiye'deki bebek ve anne ölüm oranlarının birçok ülkeden daha fazla olduğunu göstermiştir. Bebek ve anne ölüm oranları da bir ülkenin sağlıkta ne durumda olduğunu gösteren en önemli ölçütlerinden bazılarıdır (Sağlık Bakanlığı; 2001: 56).

Şekil 2. Bebek Ölümlerinin Ülkelere Göre Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2003

Bu ve bunun gibi sebepler hükümeti de harekete geçirmiş ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından sağlık sektörü ile ilgili master planı hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmış ve bu toplantı ile yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. 1993 yılında toplanan 2. Ulusal Sağlık Kongresinde ulusal sağlık politikaları belirlenmiş diğer yandan aynı yıl sosyal güvenlik şemsiyesi kapsamı dışında kalan yoksul bireyler için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. Kongrede alınan kararlar paralelinde günümüze gelen bir takım düzenlemeler yapılmış, ne yazık ki istenilen sonuçlar alınamamıştır (Sağlık Bakanlığı; 2003: 11)

Görüldüğü üzere bu dönem önemli teorik çalışmaların yapıldığı, ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunamadığı bir dönem olmuştur.

1.4.6. 1990' lı Yıllardan Günümüze Yaşanan Gelişmeler

90' ların sonunda artık sağlık konusunda, hem hizmet sunucuları hem de halk da daha fazla bilinçlenmiştir. Bunun yanında ülkemiz dâhil olmak üzere birçok ülke hükümeti sağlık konusuna daha çok eğilir olmuştur.

Kamu yönetimlerinin, siyasal ve ekonomik alanda dünya ölçeğinde meydana gelen ve klasik yönetim anlayışını derinden sarsan bu değişim rüzgarlarına karşı ilgisiz kalmaları, hala eski katı ve bürokratik yapılarını koruma ve sürdürme gayreti içinde olmaları son derece anlamsız gözükmektedir. Artık, dünya ölçeğinde, devletin bireylerden soyutlanmış olarak ve onların üstünde yer alan kutsal ve mutlak bir güç olmadığı, kamu örgütlenmesinin egemen merkezi otoritenin iktidarı sürdürme aracı değil, esas olarak vatandaşların toplumsal ihtiyaçlarını karşılama ve onları mutlu etme amacına yönelik olması gerektiği gün geçtikçe daha anlaşılır hale gelmiştir. Öte yandan insanlar, kendilerine sunulan kamu hizmetinin bir lütuf olmayıp, devletin varlık nedeninin gereği olduğunu, hizmetlerin planlanması, kararlaştırılması ve uygulanması ile ilgili süreçlere demokratik mekanizmalar aracılığıyla katılmalarının bir vatandaşlık hakkı ve ödevi olduğunun bilincine varmaya başlamışlardır (Saran, 2001: 7).

Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren yapılan çalışmalar ise, süreci buraya kadar getirmiş, önemli gelişmeler kat edilmiştir. Uygulamaya geçmemiş projeler ya da başarısızlıkla sonuçlananlar ise yapılan tasarlanan çalışmalara ışık tutmuştur diyebiliriz.

Hastaneler, bireylere sağlık hizmeti sunan sağlık sisteminin yapı taşlarıdır. İlk çağlarda sosyal ve dini kurumlar tarafından kurulan hastaneler, sadece düşkünlere bakan yardım kuruluşları iken bilgi çağının değişen koşulları, hastanelerin toplumdaki konumlarını ve rollerini değiştirmiştir. Özellikle 1990'lı yıllarda bakteriyoloji, anestezi, cerrahi ve laboratuvar tekniklerindeki gelişmelerle birlikte sağlık hizmetleri sektöründe yaşanan paradigma değişikliğine paralel olarak hastane yönetiminde de radikal değişimler yaşanmıştır (Gupta, 1995: 31).

2000' li yıllara gelindiğinde büyük bir hükümet desteği ile sağlık bakanlığı, Cumhuriyetten bugüne kadar sağlıkta ilerlenen bütün adımları değerlendirmiş, daha önce yapılan proje çalışmaları gözden geçirilmiş, geçmişin olumlu çıktılarını almıştır. Ayrıca dünyadaki başarılı çalışmalar ve uygulamalar incelenerek 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" uygulamaya konulmuştur.

Programın çalışmalarından elde ettiğimiz sonuçlar, dönüşümün sadece bugünü değil yarını da etkileyeceği söylenebilir. Sağlık Bakanlığı dönüşüm çerçevesindeki projelerinin birçoğunu uygulamaya koymuş ve devamı için gereken kararlılığı göstermiştir.

1.5. 2000'Lİ YILLARDA TÜRKİYEDE SAĞLIK ALANINDA İDARİ, TEKNİK VE KALİTE BOYUTLARINDA MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

90'lı yıllardan sonra 2000'li yıllarda küresel rekabet, değişen müşteri beklentileri, kalite, maliyet bilinci ve hızlı teknolojik gelişmenin etkisiyle hastaneler, tedavi merkezi ve koruyucu sağlık hizmetinin yanı sıra kar amacı güden girişimler olarak da faaliyet göstermeye başlamıştır (Godiwalla, vd., 1997: 202–207).

Bunun gibi 2000'li yıllarda meydana gelen pek çok değişiklik gibi idari, teknik ve kalite bakımından meydana gelen değişiklikler de 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile gerçekleşmiştir.

1.5.1. İDARİ BAKIMDAN MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

Sağlık alanında verilen hizmetler büyük bir çeşitlilik arz etmektedir, bu nedenle de sağlık hizmetlerinin idaresi, yönetimi, takibi, değerlendirilmesi ve denetim mekanizması da, çeşitliliğine paralel olarak zorlaşmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin en yoğun biçimde verildiği kurum olan hastanelerde bu durum açıkça gözlemlenmektedir.

Hastane yöneticileri birçok cephede zorlu mücadeleler vermek zorunda kalıyor. Bu cephelerden biri bağımsız çalışma alışkanlığı olan hekimlerin (özellikle cerrahların) yönetilmesidir. Hekimler önceliği kendi mesleklerini icra etmelerine imkan verecek ekip, ekipman ve ortama verdiklerinden ve de verimlilik, maliyet etkililik ve yönetim gibi kavramları göz ardı edebildiklerinden yöneticiler için zorlu etkileşimler yaratabilmektedirler. Baş edilmesi gereken diğer önemli bir konuda

sürekli değişen ve artan yasal mevzuattır. Ülkemiz hızlı bir şekilde AB standartlarına ulaşmaya çalışırken bundan en fazla hastaneler etkilenmektedir. Bunun yanında nitelikli yönetici ve sağlık meslek grubu çalışanları istihdamını sağlayabilmek, hizmet kalitesini düşürmeden maliyet etkili ve verimli çalışabilmek, en önemlisi de hastane yöneticilerinin hem hastaları hem çalışanları hem de hastanenin bağlı bulunduğu mercileri aynı anda memnun etmek zorunda olmasıdır (O. Engiz; 2012: 52).

Bununla birlikte genelde sağlık hizmetlerinin yönetimi, özelde hastane işletmeciliği hayli karmaşık uğraşlar olup ciddi eğitim gerektiren uzmanlık alanlarıdır. Nitekim gelişmiş başka ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de uzun yıllardır bu konuda lisans, yüksek lisans ve doktora programları bulunmaktadır. Henüz ayrı bir uzmanlık alanı olmamakla birlikte, yapılanması, amaçları, dinamikleri, yapılan işlerin ve hizmet sunan mesleklerin özelliği açısından çok karmaşık olduğu görülmektedir. Sağlık sanayi ürünü değil hizmet üretir. Hizmet sektöründeki faaliyetler için söz konusu olan heterojenlik, soyutluk ve bütünlük geçerlidir. Verilen her hizmet, duruma veya kişiye özgü olup kendisinden bir öncekinden farklıdır. Bu nedenle işlerin tek tipleştirilmesi, standardize edilmesi, yukarıdan aşağıya hazırlanacak yönergelerle düzenlenmesi çok zor hatta bazı hallerde imkânsızdır. Hizmetler çok çeşitli parçalardan oluştuğu halde tümü bir araya geldiğinde anlam taşımaktadır. Parçalardan herhangi birinde ortaya çıkacak bir sorun çoğu zaman tüm hizmetin olumsuz algılanmasına neden olmaktadır ve geriye dönüp bunu değiştirmek, telafi etmek mümkün değildir (Hayran; 2011: 15).

Sunulan hizmetlerin kamusal ve özel nitelikleri vardır. Bu hakların korunmaları, öncelikle devletlerin yani kamunun sorumluluğunda olup tamamen bireylerin tercihlerine, serbest piyasaya, pazar koşullarına bırakılmaları dünyanın hiç bir yerinde doğru karşılanmamaktadır. Ancak bu konularda talep edilen her türlü hizmetin hak olduğunu söylemek de mümkün değildir. Örneğin estetik nedenlerle cildini düzleştirmek isteyen bir kişinin almak istediği plastik cerrahi hizmeti hemen hemen hiç bir ülkede hak olarak kabul edilmemekte ve bu amaçla verilen hizmetlerin kamu hizmeti niteliğinde olması da gerekmemektedir. Hangi tür hizmetlerin kamusal, hangilerinin özel sunulması gerektiği konusu, ülkelerin demografik,

sosyolojik, kültürel ve ekonomik gerçekleri ile yakından ilişkili olup tüm ülkelere genellenebilecek bir sınıflama yapmak mümkün değildir. Bu nedenle bu hizmetlerin kamusal ve özel yönü iyi değerlendirilmelidir. Sağlık alanındaki mesleklerin özerkliği gelişmiş, güç alanları geniş, sınırları keskindir. Çalışanlarda otorite ve kurulu düzenle uyuma konusunda sürekli sorun yaşamaktadır. Bu nedenle bu sektörde hem unvanlardan kaynaklanan “mesleki emperyalizm” örneklerine sıkça rastlanmakta, hem de kişiler arası veya örgütsel çatışmalar daha sert yaşanmaktadır (Hayran; 2011: 16).

Yukarıda sayılan bu ve bunun gibi nedenler sağlık hizmetlerinin idaresinde yapılanmasında Sağlık Bakanlığından taşraya dek, değişiklikler yapılması gereğini doğurmuş ve 11/10/2011 tarihinde yeni bir sağlık bakanlığı “Teşkilat Yasası” yayınlanmıştır.

1.5.1.1.Yeni Teşkilat Yasası

Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması; 06/04/2011 tarihli ve 6223 sayılı kanunun verdiği yetkiye dayanılarak, bakanlar kurulunca 11/10/2011 tarihinde kararlaştırılarak, 28103 mükerrer sayılı resmi gazetede yayınlanmıştır.

Yeni yasaya göre sağlık bakanlığı merkez ve taşra teşkilat olmak üzere ayrılmıştır. Bu çerçevede bakanlığın görev ve sorumlulukları üç ana fonksiyonda belirlenmiştir. Birinci fonksiyon politika oluşturma, temel kuralları belirleme, üst denetimdir. İkincisi düzenleme ve denetleme, üçüncüsü ise hizmet sunumudur. Diğer fonksiyonların yerine getirilmesi için bakanlığa bağlı kuruluşlar teşkil edilmiştir. Bu kuruluşlar;

- 1- Temel Sağlık Hizmetlerini yürüten, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- 2- Hastane Hizmetlerini yürüten, Kamu Hastaneleri Kurumu
- 3- İlaç ve Tıbbi Ürünlerle ilgili düzenleme ve denetleme yapan, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’dur.
- 4- Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

Bakanlık merkez teşkilatında bakanlığın ve sağlık sistemin politikalarını belirlemek üzere Sağlık Politikaları Kurulu oluşturulmuştur. Böylece politika belirleyen ve icracı yapı birbirinden ayrılmıştır.

Bakanlığın Hizmet Birimleri ise, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, Denetim Hizmetleri Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Özel Kalem Müdürlüğüdür.

Bakanlığın sürekli kurullarından Yüksek Sağlık Şurası ve Tıpta Uzmanlık Kurulunda bir değişiklik yapılmamıştır. Ek olarak Sağlık Meslekleri Kurulu oluşturulmuştur.

1.5.1.1.1. Bakanlığa Bağlı Üç Ana Kuruluşun Görevleri

1.1.1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Hıfzıssıhha çatısı altında görevleri yürütecektir. Anne, bebek ve çocuk sağlığı takibi, çevre sağlığı takibi, kontrolü, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, korunma ve takibi gibi halk sağlığını ilgilendiren konularda görev yürütmektedir.

1.1.2. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Bu kurumun görevleri; ilaçlar, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, ulusal ve uluslar arası kontrole tabi maddeler, tıbbi cihazlar, vücut dışı tıbbi tanı cihazları, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler, kozmetik ürünler, homeopatik tıbbi ürünler ve özel amaçlı diyet gıdalar ile ilgili düzenleme ve denetim yapacağı belirlenmiştir.

1.1.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu; hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin

izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlayacak bir yapı olarak tasarlanmıştır. Bu kurum kendisine bağlı sağlık kuruluşları kurmak, işletmek, sağlık kuruluşlarını birleştirmek, ayırmak, kapatmak, performans değerlendirmesini yapmak, kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik işlemlerini yürütmek, kurum hizmetlerinin gerektirdiği satın alma, kiralama, bakım, onarım hizmetlerini yürütme yetki ve görevini üstlenmektedir.

1.5.1.1.2. Sağlık Bakanlığının İl Düzeyinde Teşkilatlanması

Sağlık Bakanlığı il düzeyinde;

- 1- İl Sağlık Müdürlüğü
- 2- İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
- 3- Kamu Hastane Birliği olarak yapılandırılmıştır.

1.2.1. İl Sağlık Müdürlüğü

İllerde de bakanlık merkez teşkilatının küçük bir örneği gibidir de denebilir. İl Sağlık Müdürlükleri daha çok koordine edici, bakanlık politikalarını uygulatıcı, gözlemci ve denetçi konumundadır. İl Sağlık Müdürlerinde ve yardımcılarında hekim olma şartı aranmaktadır. Bulunulan ilin büyüklüğüne göre hekim olmayan müdür yardımcısı sayısı belirlenmektedir. Ayrıca İl Sağlık Müdürlüklerine ek olarak büyük ilçelerde de İlçe Sağlık Müdürlükleri kurulacak ve İl Sağlık Müdürlükleri ile koordineli olarak görevlerini yerine getirecektir.

1.2.2. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

İl Halk Sağlığı Müdürlüklerinde de il sağlık müdürü ve müdür yardımcıları gibi il halk sağlığının da bir yönetimi bulunmaktadır ve il sağlık müdürlüğü kontrolünde çalışmaktadır. Halk sağlığını koruyucu, kontrol ve tedavi edici iş ve işlemleri yerine getirmektedirler.

1.2.3. Kamu Hastane Birliği

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı olarak il düzeyinde tesis edilmektedir. Hizmetin büyüklüğü dikkate alınarak aynı ilde birden fazla Kamu

Hastane Birliği kurulabilecek, kamu hastane birliği kapsamı dışında sağlık kurumu kalmayacak. Birliğin başında “Genel Sekreter” unvanı ile biri olacak, genel sekreterlik bünyesinde Tıbbi Hizmetler, İdari Hizmetler ve Mali Hizmetler Başkanlıkları vardır. Birlikte bunların yanında hastane yöneticileri bulunmaktadır. Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Birliklerin ve hastanelerin görevleri gerekirse tek kişiye verilebilir, hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar arttırılabilir ve bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenir. Birliklerde sözleşmeli uzmanlar da çalıştırılmaktadır. İhtiyaca, ilin büyüklüğüne göre uzman sayısı belirlenir. Birliklerde büro işlerini yürütmek üzere de “büro görevlisi” unvanlarıyla da personel istihdam edilecektir.

Genel sekreterlikte uzman olarak istihdam edilecek personelin alanında en az lisans düzeyinde öğrenim görmüş olması ve kamu veya özel sektörde en az 3 yıl iş tecrübesine sahip olması gerekir. Açıkta alınacak uzman ve büro görevlilerinin Kamu Personeli Seçme Sınavından en az yetmiş puan almış olmaları şarttır. Uzman ve büro görevlilerinin birliklere dağılımı, işe alınma usul ve esasları kurum tarafından belirlenir. Açıkta istihdam edilen uzmanların oranı birliğin toplam uzman sayısının yüzde ellisini geçemez.

Yeni Teşkilat Yasası yönetim yapısında büyük değişiklikler yaratmıştır. Performansa dayalı ek ödeme yanında yöneticiler her altı ayda bir karne alacaklar ve karnelerindeki bilgilere göre performansları değerlendirilecek, (R. Akdağ, Zaman Gazetesi) performans değerlendirme sonucu olumlu olmayan yöneticilerin sözleşmeleri fesh edilebilecek. Sağlık bakanı belirtilen sistemin diğer bakanlıklar tarafından da ilerde kullanabilecekleri bir sistem olduğunu belirtmektedir

1.5.1.1.3. Genel sekreterin görevleri :

- a) Birliği belirlenen hedef, politika ve stratejilere, ilgili düzenlemelere ve performans programına göre yönetmek.
- b) Birliğin faaliyet ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, işleyiş ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek, yönetimin, kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak.

- c) Birlik bünyesindeki sağlık kurumlarında etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlamak, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını tespit etmek, istihdam planlaması yapmak ve personel hareketlerini gerçekleştirmek.
- ç) Hastaneler arası koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini sağlamak.
- d) Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Kuruma sunmak.
- e) Birlik ile ilgili istatistikî bilgilerin takibini sağlamak, birliğin malî tablolarını birleştirmek ve alınabilecek önlemler hakkında Kuruma önerilerde bulunmak.
- f) Hasta hakları, hasta ve çalışan memnuniyeti ve hastaların sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesini, tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamak.
- g) İlgili mevzuat çerçevesinde birlik gelirlerinin tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların takip ve tahsili ile harcama işlemleri ve muhasebe hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.
- ğ) Birlik ile ilgili diğer görevleri yürütmek (06/04/2011 tarih ve 6223 sayılı Yeni Teşkilat Yasası).

1.5.1.2. Hastane İdarelerine Bu Konuda Eğitim Almış Personelin İstihdam Edilmesi Hakkında Çalışmalar ve Değişiklikler

Hastaneler profesyonel, yarı profesyonel ve profesyonel olmayan çeşitli meslek gruplarının çalıştığı karmaşık organizasyonlardır. Hastanelerin verimli bir şekilde faaliyet gösterebilmesi için nitelikli tıp, yardımcı tıp, mali, idari ve destek personel kadrolarına ihtiyaç bulunmaktadır (Özgen, 1995: 73).

Hastane idarelerinde en büyük yaşanan sıkıntılardan biri İdarede Başhekim ve Başhekim Yardımcılarının tümünün hekim olmasıdır, hastane müdürlerini ise de çoğunlukla Sağlık Memuru ya da hastanede çalışan memurlardan oluştuğu görülmüştür. Müdür yardımcıları kadrolarında ise yine Sağlık memuru, hemşire ve diğer sağlık personellerinden oluşmaktadır. Bu durum yadsınacak bir durum olmamakla beraber, idari görevleri yürüten sağlık çalışanlarının idari eğitim almaları

tercih edilmektedir. Sadece idari eğitim almış yöneticilerin de sağlık alanında idarecilik yapmaları eksikliklere neden olmaktadır.

Hastane yöneticilerinin idari, yönetim v.b. eğitim almamaları, hastane idarelerini ihale süreçlerinde, planlama, örgütleme, koordinasyon, denetim gibi tüm yönetim aşamalarında ciddi sıkıntılara düşürmektedir diyebiliriz. Hekimlerin, sağlık memurlarının, hemşirelerin eğitim programlarında yeterli idari müfredatları bulunmamaktadır.

Aslında sağlık yönetimi alanında Hacettepe Üniversitesinde “Sağlık İdaresi” adı altında böyle bir program bulunmaktadır. Sağlık İdaresi Yüksekokulu dünyadaki sağlık yönetimi gelişim ve değişim sürecine paralel olarak 1963 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak kurulmuştur. Daha sonra 5.6.1970 tarih ve 800 Sayılı Hacettepe Üniversite Senatosu kararı ile Hastane İdaresi Yüksekokulu kurulmuş ve 1975 yılına kadar lisansüstü eğitim vermiştir. 6.11.1975 tarih ve 75-816 Senato kararı ile Lisans programı da açılarak okulun adı “Sağlık İdaresi Yüksekokulu” olarak değiştirilmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı okul ile Hacettepe Üniversitesine bağlı okul, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa dayalı olarak çıkarılan 20 Temmuz 1982 tarih ve 41 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile tek bir okul olarak Hacettepe Üniversitesi içinde birleştirilmiştir. 24.04.2006 tarihinde 008913 sayılı Yükseköğretim Kurumu tavsiye kararı ve Hacettepe Üniversitesi senatosu kararı ile İktisadi İdari Bilimler Fakültesi’ne (İİBF) “Sağlık İdaresi Bölümü” olarak bağlanmıştır. Sağlık İdaresi Bölümü, lisans ve lisansüstü düzeyde eğitim, öğretim ve araştırma yaparak, sağlık hizmetlerinin ve kuruluşlarının yönetimine ilişkin bilgi birikimini geliştirmekte, bu alanda Türkiye’de ilk ve öncü olma özelliğini korumaktadır. Sağlık İdaresi Bölümünü, başarı ile tamamlayan ve mezun olan öğrenciler genel sağlık yönetimi yanında başta hastaneler olmak üzere kamu ve özel sektöre bağlı çeşitli sağlık kurum ve kuruluşları olmak üzere çok geniş bir hizmet alanında idari, mali ve teknik işlerden sorumlu orta ve üst düzey yönetici olarak istihdam edilme potansiyeline sahiptir (www.sid.hacettepe.edu.tr).

Sağlık Bakanlığı dönüşüm programı ile birlikte idari kadrolara bu ve bunun gibi programlardan mezunlara atama yapmaya başlamış ve bunun sürekliliği için alt yapısını hazırlamaktadır. Türkiye’de sadece Hacettepe Üniversitesinde böyle bir

program varken Şu anda toplam 27 üniversitede sağlık kurumları yöneticiliği olarak; ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora programları bulunuyor. Böyle bir artışın nedeni de hastane idarelerinde bu konuda eğitim alanların istihdam edilmesi çalışmalarının başlamış olması geliyor diyebiliriz (www.hastanedergisi.com).

1.5.1.3. Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Sınavları

Sağlık Bakanlığı 01.12. 1999 tarihli resmi gazetede yayınlanan 23893 sayılı yönetmelikle Görevde Yükselme sınavlarını başlatmış daha sonra 09.09.2006 tarih ve 26284 sayılı resmi gazete Yönetmeliğin ilan edilmesi ile “Görevde yükselme ve Unvan Değişikliği Sınavı ” adı altında birleŐtirerek devam ettirmiŐtir (www.mevzuat.adalet.gov.tr). Hastanelerin büyük bir çoğunluğunda müdür ve müdür yardımcısı kadrolarında yardımcı sağlık personellerinin çalıştığını belirtmiştik. Belirtilen personellerin çoğu, hastanelerin kararı ile valilik oluru ile çalışmaktadırlar. Hastane idaresinde meydana gelecek bir değişiklikte yerlerine, direk bakanlık atamaları olmadığı için başkaları geçebilmektedir.

Bakanlığın yapmış olduğu bu sınavlar gerçekten bu işi yapabileceklerin ayırt edilmesinde önemli olmuştur. Sınav kazanıldıktan sonra yükselmek istenilen bölüme göre kişilere hizmet içi eğitim verilmekte ve personeller daha verimli kullanılabilir. Objektif şekilde yapılan ve değerlendirilmeye alınan bu sınavlar çalışanlar arasındaki haksız rekabeti de; adam kayırma, idarecilerle yakın ilişkide olarak bunu kullanma v.b.ni, ortadan kaldırmaktadır diyebiliriz.

1.5.1.4. Başhemşirelere Lisans Mezunu Olma Şartı Getirilmiştir

1996 yılında 2.11.1996 tarih ve 22805 sayılı bakanlar kurulu kararıyla 79 tane SYO açılması kararlaŐtırılmıŐ, Sağlık Bakanlığı ile YÖK arasında yapılan protokol ile sağlık meslek liseleri, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulları, Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi, hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu programına öğrenci alınmasına son verilmiştir. Bu tarihten sonra Sağlık Bakanlığı 1999-2000 öğretim yılında sağlık eğitim fakültesi olarak açtđđı Sağlık Eğitim Enstitülerini de kapatmıŐtur. Bugün hemşirelik eğitimi üniversitelerde Hemşirelik Yüksek okulu ve Sağlık Yüksek okullarında 4 yıl süre ile olmaktadır (Yürüden,

2005: 2- 3). Sağlık Bakanlığı orta öğretim düzeyinde hemşire alımı yapmaktadır. Fakat Başhemşire kadrolarında ve belli bölümlerde çalışacak hemşireler için fakülte mezunu hemşireler çalıştırılmaktadır. Başhemşirelik için lisans mezuniyeti aranma şartı 2003'te başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm programı" ile zorunlu hale getirilmiştir.

Başhemşireler ihale süreçlerinden planlamaya denetime kadar pek çok yönetim sürecinde bulunmaktadır. Bu yüzden Sağlık Kurumları bu pozisyonlarda çalışacak hemşirelerinde lisans eğitimi yanında, kadrolarında Yüksek Lisans, Doktora yapmış tecrübesi yüksek hemşireler varsa, bu özellikleri taşıyanları tercih etmektedirler.

1.5.1.5. Hekimlere Mecburi Hizmet Şartı ve Çakılı Sağlık Personeli Alımları

Sağlık Bakanlığının tüm atamalarına rağmen belli bölgelerde ciddi personel açıkları bulunmaktadır. Atanılan bölgelerden de bir şekilde başka bölgelere geçişler olduğundan bu bölgeler personelsiz kalmakta olduğundan Sağlık Bakanlığı 21.06.2005 tarih ve 5371 sayılı kanunla Hekimlere "Mecburi Hizmet" zorunluluğu getirmiştir. Altı yıllık tıp eğitimini tamamlayan pratisyen hekimler ve asistanlığını bitirmiş uzman hekimler bir kez olma şartı ile bölgelere göre süresi değişen bu hizmeti vermek zorundadırlar.

Sağlık Bakanlığı "2003/4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ve "2005/5413 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ile 4924 ve 4/b sözleşmeli personelleri adı altında çakılı personellerle personel açıklığı giderilmeye çalışılmıştır.

Ayrıca tüm bunların yanında Tıp, diş hekimliği, eczacılık fakültelerinin, sağlık meslek lisesi ve sağlık meslek yüksek okullarının sayısı arttırılarak, nitelikli sağlık çalışanı yetiştirilmesi yoluna gidilmiştir. Böylece sağlık personeli açıkları hızla kapatılmaktadır. 1999- 2000 öğretim yılı tıp fakültesi sayısı 39'iken 2010- 2011 öğretim yılı tıp fakültesi sayısı 69'a yükselmiştir. 2001- 2002 öğretim yılı Diş Hekimliği fakültesi sayısı 14'iken 2010- 2011 öğretim yılı diş hekimliği fakültesi

sayısı 27'ye yükselmiştir. 2001- 2002 öğretim yılı eczacılık fakültesi sayısı 9 iken 2010- 2011 öğretim yılı eczacılık fakültesi sayısı 15'e yükselmiştir. 1999- 2000 öğretim yılı hemşirelik yüksek okulları ve hemşire yetiştiren yüksek öğretim kurumları sayısı 391'den 2010- 2011 öğretim yılında 628'e yükselmiştir. 2001-2002 öğretim yılında lisans düzeyinde eğitim veren ebelik okulları sayısı 22'den 2010-2011 öğretim yılında 33'e yükselmiştir.

Aşağıdaki tabloda yıllara göre Türkiye'deki sağlık personeli sayıları verilmiştir.

Tablo 2
Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları

| Meslekler | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Uzman Hekim | 47108 | 48687 | 49477 | 52868 | 54439 | 56973 | 60655 | 63563 | 66064 |
| Pratisyen Hekim | 32019 | 32579 | 34886 | 33383 | 34559 | 35763 | 35911 | 38818 | 39712 |
| Asistan Hekim | 15339 | 15844 | 16490 | 18224 | 19404 | 20415 | 22075 | 21066 | 20253 |
| Toplam Hekim | 94466 | 97110 | 100853 | 104475 | 108402 | 113151 | 118641 | 123447 | 126029 |
| Diş Hekimi | 17744 | 17893 | 18149 | 18332 | 19278 | 19959 | 20589 | 21432 | 21099 |
| Eczacı | 22371 | 22608 | 22756 | 23140 | 23977 | 24778 | 25201 | 26506 | 26089 |
| Hemşire | 74483 | 75753 | 78182 | 82626 | 94661 | 99910 | 105176 | 114772 | 124982 |
| Ebe | 41662 | 43229 | 43541 | 44483 | 47175 | 47673 | 49357 | 50343 | 51905 |
| Diğer Sağlık Personeli | 57416 | 60959 | 62035 | 67514 | 79441 | 89540 | 93550 | 99302 | 110862 |
| Diğer Personel ve Hizmet Alımı | 101229 | 111646 | 131223 | 150053 | 167585 | 169763 | 197386 | 198694 | 209126 |
| Toplam Personel | 409371 | 429198 | 456739 | 490623 | 540519 | 564774 | 609900 | 634496 | 670092 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2011: 121

1.5.1.6. Aile Hekimliği Uygulaması

Türkiye'de aile hekimliği belirli uğraş ve alt yapı çalışmaları ile uygulanmaya başlamıştır. Aile hekimliği uygulamalarına geçiş hakkında çeşitli toplantı ve çalışma grupları ile paydaşların görüşleri alınmıştır. Bu hususta yapılan toplantıların bir kısmı aşağıda sıralanmıştır:

- Sektörel İstişare Toplantısı
- Aile Hekimli Danışma Kurulu Toplantıları
Haziran, Temmuz, Ağustos, Ekim, Kasım 2003
Ocak, Şubat, Mart, Aralık 2004
- Türk Sağlık Sistemleri Politika Yapıcıları Çalışma Toplantısı (Yurt Dışı Katılımlı) Aralık 2003
- Türk Sağlık Sisteminin Geleceği Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı TEBİAT Abant Toplantısı (Ocak 2004)
- Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması TEBİAT Afyon Toplantısı (Nisan 2004)
- Avrupa Birliği Genel Sekreterliği – Mesleki Yeterliliklerin Tanınması Kanunu Çalışmaları (Şubat – Mayıs 2004 arasında haftalık çalışma toplantıları şeklinde yürütülmüştür.)
- VI. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Bursa –Mayıs 2004
- Sağlıkta Dönüşüm ve Birinci Basamakta İyileşme Adana Güçbirliği Vakfı ve Adana Tabip Odası Mayıs 2004.
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği – Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Çalıştayı Bolu – Mayıs 2004
- Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Toplantısı, Vakıf 2000 Ankara- Temmuz 2004
- Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi ve Aile Hekimliği, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi, İstanbul, Aralık 2004

Bu toplantılarda oluşturulan görüşler ve fikir alışverişleri sonucunda aile hekimliği uygulaması için Türkiye modeli geliştirilmiştir. Bu modeli uygulamak üzere pilot çalışma yapılması kararı alınmış ve 24 Kasım 2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisinin kabul ettiği bir kanun ile pilot uygulama çalışmalarına başlanmış ve ilk Düzce’de uygulamaya konulmuştur (Sağlık Bakanlığı; 2006: 62-63).

Pilot uygulaması ilk Düzce’de başlayan aile hekimliği 13 Aralık 2010’dan itibaren ülkenin tümünde uygulamaya geçmiştir. Herkesin bulunduğu bölgeye göre bir aile hekimi bulunmakta, istediğinde hekimini değiştirebilmektedir. Kişilerin aile hekimleri hem muayeneleri hem de gebe takiplerini, aşılarını, riskli durumda hastaların yönlendirmelerini yaparlar. Aile hekimliği ile gerçekleştirilmek istenen bir amaç da; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yükünü hafifletmektir. Çok acil olmayan hastaların aile hekimlerine başvurarak hekimin kişiyi ikinci ve üçüncü basamak kuruluşlara doğru yönlendirilmeleri yapılmaktadır. Kişinin eğer üst kuruluşlara gitmesine gerek yoksa aile hekimi hastaya tedavisini verir ve bu sayede, daha önemli vakalarla uğraşacak hastane acillerinin yükü hafifler.

Aile hekimliği her türlü koruyucu hizmet tedavisini yerine getirmektedir. Aile hekimleri tarafından kişi anne karnına düştüğü andan itibaren izlenmeye başlar ve ağız diş sağlığına kadar takipleri aile hekimleri tarafından yapılabilmektedir. Erken dönem süt dişi çürükleri, basit risk tespitleri ve basit önlemler yanında annelerin eğitimiyle de önlenabilir. Bu aşamada, bebeklikten itibaren çocukla rutin teması olan aile hekimlerinin, çürük hastalığının önlenmesi açısından önemleri gittikçe artmaktadır. 2010 yılı Mart ayında aile hekimleri için erken diş çürüğü koruyucu programı başlatılmıştır. Bu programda aile hekimiyle birlikte çalışan yardımcı sağlık personeline 2- 3 saatlik bebek süt dişleri konusunda eğitim verilmiştir. Personel annelere bu eğitimi verebilecek seviyeye getirilmiştir. Ayrıca bebek kartlarından bebeklerin diş takipleri yapılarak, herhangi bir sorun görüldüğünde aileler ADSM’lere yönlendirilmektedir (Yıldırım ve ark., 2010: 21-33).

Bireyin dişine kadar sağlığının korunması ile ilgilenen aile hekimlerinin mobil hizmetleri de bulunmaktadır. Aile hekimi kendi bölgesine bağlı olan kurumunun uzağındaki mahallelere, köylere giderek poliklinik, aşılama v.b. aile sağlığı merkezinde verdiği tüm hizmetleri yerine getirmektedir. Evde bakıma muhtaç hastaları hastanelerin evde bakım hizmetlerine yönlendirerek bu hastaların mağduriyetlerini giderir, konu hakkında aileleri bilgilendirir. Bununla birlikte yanında çalışan yardımcı sağlık personeli ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerekli bütün eğitimleri, aşılanmanın önemi, anne sütünün bebekler için

yararı ve önemi, aile planlaması ve yöntemleri, beslenme, genel hijyen v.b., belli dönemlerde halka verir.

1.5.1.7. Yabancı Uyruklu Personel Çalıştırılması ve Personel Açığını Giderecek Akılcı Alternatiflerin Uygulanması

Sağlık çalışanı eksliğimizin giderilmesi için, özellikle hekim ve hemşire açığı dikkate alınarak yabancı uyrukluların ülkemizde çalışabilmesi sağlandı. Yabancı uyruklu personelin ülkemizde çalışabilmesi için diploma denkliği, Türkçe bilme ve gerekli diğer şartlar aranmaktadır. En az bir yıldır çalışan vekil ebe ve hemşireler 4/B'li çalışan kadrosuna alındı. Ayrıca 6 Nisan 2011 itibariyle dış hekimliği fakültelerinde doktora eğitimi yapmakta olanlardan isteyenlerin bakanlık kadrolarında maaşlı olarak eğitimlerine devam etmelerine olanak sağlanmıştır (AKDAĞ; 2011: 17).

Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde önemli bir adım atılarak 2011 yılının başından itibaren aile hekimliği uygulaması tüm Türkiye'de başlatıldı. Çok yeni bir uygulama olması sebebi ile aile hekimi uzmanı ihtiyacını gidermek için 2020 yılına kadar uygulanmak üzere sahada çalışan ve Tıpta Uzmanlık Sınavını kazanan aile hekimlerinin sözleşmelerini devam ettirerek uzmanlık eğitimi almalarına imkan sağlanılmıştır. Klinik şef ve şef yardımcılarının unvanının eğitim görevlisi olarak değiştirilmesi ve üniversite afiliyasyonu durumunda tıp fakültelerinde, diğer lisans ve lisansüstü eğitim programlarında görev alabilecek hale gelmeleri sağlanmıştır (SUR; 2011:19).

Bunlara ilaveten tıp fakültesi öğretim üyeleri Üniversite hastanelerinde hem öğretim üyesi hem de klinik şefi, şef yardımcı v.b. görevlerde çalışabilmekte iken, hemşirelik bölümü ya da herhangi bir sağlık branşı öğretim üyesi üniversite hastanelerinde başka bir görevde çalıştırılmamaktadır. Şimdilerde bu durumun tezatlığından bahsi edilmekte, tıp fakültesi dışında diğer sağlık branşlarındaki öğretim üyelerinin de üniversite hastanelerinde idari direktör, başhemşire v.b. kadrolarda çalışması için önün açılması gerekliliği, böylelikle öğrencileriyle de hastanede uygulamalı çalışabilme imkanı sağlanması yönünde düşünceler dile getirilmektedir (Aydın, 2011: 6-13).

1.5.1.8. (SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI) SAİK 2023 VİZYONU

Teknoloji ve bilim ne kadar gelişirse gelişsin, yine gelişimi sağlayacak temel birim insandır. İçinde bulunduğumuz toplum bilgi toplumdur, geçmişten günümüze dünya gelişiminde tarım toplumu, sanayi toplumu olarak süreç devam etmiştir. Fakat toplum her ne şekilde olursa olsun başlıca kaynağı yine insan olmuştur. Her ne kadar makineleşme olsa da makineyi çalıştıracak olan yine insandır. Bilgi toplumunda bilginin kaynağı da yine insandır. Şu anda ise insan kaynağında ön plana çıkan etken ise uzmanlaşma ve donanımlı, kaliteli insan kaynağıdır. İnsan her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de en temel kaynaktır. Bu nedenle sağlık bakanlığı insan kaynaklarında yeni bir dönüşümün içinde olup, sağlıkta insan kaynaklarında kendine özgü yeni bir vizyon oluşturmaktadır. Bunu da Dünya Sağlık Örgütünün modeline göre tamamlamayı amaçlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütünün geliştirdiği Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK) orta vadeli arz ve ihtiyaç projeksiyon modeli, SAİK arzı ve ihtiyaçları ile ilgili olarak planlayıcılara 10-30 yıl süreli projeksiyonlar için tasarlanmış bir simülasyon modelidir (SAİK; 2011: 14). Modelin kavramsal çerçevesi Şekil 2’de özetlenmiştir.

Diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’deki nüfus- personel oranları düşük kalmaktadır. Bu durumun en önemli sebeplerinden biri uzun yıllar tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısının ortalama 5000’in biraz altında sabit tutulmuş olmasıdır. Etkileri altı yıl sonra görülecek olmakla birlikte Sağlık Bakanlığının yoğun çabalarının bir sonucu olarak 2007-2008 öğretim yılında 5253 olan tıp fakültesine alınan öğrenci sayısı, SB ve YÖK anlaşması ile 2008-2009 öğretim yılında 6655’e, 2009-2010 öğretim yılında 7877’ye, 2010-2011’de ise 8438’e çıkarılmıştır. Bunun dışında 2003 yılından bu yana SB tarafından gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar sonucunda nüfus başına düşen personel oranlarında da iyileşme gözlenmiştir (Şekil 5). 2001 yılında 1,33 olan 1000 nüfus başına düşen hekim sayısı 2008 yılında 1,59’a çıkmıştır. Bununla birlikte 2001 yılında 0,66 olan 100 nüfus başına düşen hemşire sayısı da 2008 yılında 1,39 olmuştur. Bu artışın sürmesi beklenmektedir (SAİK; 2011: 23).

1.5.1.9. İdari Kadrolara Bakanlık Onayı Verilmesi

Belli şartları taşıyan Sağlık Müdür Yardımcılarına bundan sonra da gittikleri her yerde deneyimlerinden ve bilgilerinden yararlanmak amacı ile Bakanlık Onayı verilmiştir. Bu şekilde kadrolaşmaya gidilerek yönetimde uzmanlaşmanın gerçekleşmesi hedeflenmektedir.

1.5.1.10. Toplu İhalelerin Yapılması

Sağlık Bakanlığı, 20.02.2002 tarih ve 3724 - 2002 / 24 sayılı genelge ile döner sermaye kaynaklarından yapılacak alımlarda kaynakların daha verimli kullanılması amacıyla bir dizi önlem almıştır. Artık tıbbi sarf malzemesi, ilaç, serum, anti serum, aşı, ortez, protez gibi ihtiyaçlar il düzeyinde yapılan toplu çerçeve anlaşmaları ile karşılanmaktadır (www.saglik.gov.tr).

Sağlık Bakanlığı bu konuda çerçeve anlaşma ihaleleri ve münferit sözleşmelerle ilgili valileri uyardı. Valiliklere gönderilen genelgede, yapılan tespitlerde kurumların stok seviyelerinin 2010 yılı sonu itibariyle hedeflenen azami 3 aylık stok düzeyine inmesinde çerçeve anlaşmaların katkısının sağladığının görüldüğü belirtilmiştir. Çerçeve anlaşma ihalelerinin il düzeyinde toplu olarak yapılmasının, ihtiyaçların ortak belirlenmesini, rekabeti sağlayan ortak teknik şartnamelerin oluşmasını ve satın alma yönünden uzman personelin yetişmesini sağladığının vurgulandığı genelgede, toplu alım gücünün kullanılmasından kaynaklanan maliyet düşüşlerine katkı sağladığı kaydedilmiştir. İlgili genelgeler kapsamındaki söz konusu ihtiyaçlar, bundan sonra il düzeyinde toplu olarak yapılarak ‘Çerçeve Anlaşma İhaleleri’ ile karşılanabilecek hale gelmiştir (www.ihaledanismani.com). Eğer belirtilen malzeme meleri diğer sağlık kurumlarına nazaran daha fazla kullanan kurumlar var ise, bu kurumlar gerektikçe kendileri de alıma gidebileceklerdir.

Böyle bir sistem hem ihale masraflarını düşürmekte hem de toplu alımlarda ciddi bir fiyat indirimi sağlamaktadır.

1.5.1.11. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2003 yılında 10 kurumda pilot olarak başlamış ve 2004 yılından itibaren Sağlık

Bakanlığına bağılı tüm birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır. Sistemin çıkış noktası, personele hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak sağıık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimi arttırmaktır. Sağıık hizmetlerinde artan kalite ve verimlilik neticesinde hasta memnuniyetinde, performansa göre yapılan ödemeler noktasında da çalışan memnuniyetinde artış hedeflenmiştir ve ölkemize özgü bir modeldir.

Uygulamaya 2005 yılında kalite çalışmaları da eklenerek, sistem daha da geliştirilmiştir. Sistem süreç içerisinde Bakanlık politika ve stratejileri ekseninde düzenli aralıklarla gözden geçirilerek geliştirilmeye devam edilmektedir. Bu çalışmaların bir neticesi olarak 2010 yılında yöneticileri kapsayacak şekilde, yöneticilerin alacağı ücretleri direk etkileyen Yönetici Performansı uygulaması geliştirilmiş ve uygulamaya konmuştur. Buna paralel olarak sağıık çalışanlarının da çalıştıkları bölümü daha çok sahiplenmeleri ve etkinliğin artırılması amacıyla Birim Performans uygulaması hayata geçirilmiştir (www.kalite.saglik.gov.tr).

12.05.2006 tarih ve 26166 sayılı resmi gazete ile yayınlanan “Sağıık akanlığına Bağılı Sağıık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” i 2010, 2011, 2012 yıllarında bazı maddelerinde ve maddelerde geçen bazı içeriklerde değışiklik yapılarak güncellenmiştir. Yönetmeliğin amacı madde 1’e göre: Sağıık Bakanlığına bağılı sağıık kurum ve kuruluşlarında, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, (**Değışik ibare:RG-30/7/2010-27657**) eğitim, öğretim, inceleme ve araştırma faaliyetleri ile yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemek, sağıık hizmetlerini iyileştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmektir (Sağıık Bakanlığı Yönetmelik madde 1).

1.5.1.1.12. Tam Gün Yasası

21.01.2010 tarih ve 5947 sayılı yasa ile kabul edilen tam gün yasası 16.06.2010 tarihinde yayınlandı. Yasanın temel içeriği; kamuda çalışan tüm sağlık çalışanlarının özel muayenehane açmadan ya da özel herhangi bir ek kurumda çalışmadan tam gün kamudaki görevini yerine getirmesidir. Eğer özel muayenehane açacak ya da özel bir kuruluşa çalışacaklar ise döner sermayelerinden ciddi bir rakam kesileceğidir.

Hekimler alınan bu karara itiraz etmiş ve Hekimler Birliği kararın geri alınması için Danıştay'a başvurmuştur. 07.04.2011 tarihinde Danıştay beşinci dairesi yasayı yürürlükten kaldırmış, fakat bakanlık sonrasında karşıt dava ile açarak tam gün yasası yürürlüğe konulmuş ve halen devam etmektedir. (www.hurriyet.com.tr).

Tam gün yasası sayesinde daha çok vatandaşa eşit adil bir hizmet verilmekte, hastanelerdeki kuyruklar azaltılıp hastalar bekletilmemekte ve personelden daha verimli bir biçimde yararlanılmaktadır.

1.5.1.1.13. SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu)

16 Mayıs 2006 tarih 5502 sayılı kanunla sosyal güvenlik reformunun ilk adımı atıldı ve bütün sigorta kurumları, emekli sandığı SSK BAĞ-KUR, yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu adıyla tek çatı altında toplandı. Ardından 01.10.2008 tarih ve 5510 sayılı kanunun yürürlüğe girmesi ile sağlık hizmetlerine erişim, finansmandaki eşitsizlikler kaldırılarak tüm vatandaşlara fırsat eşitliği sağlanmıştır.

Temmuz 2007 başından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarımızda verilecek hizmetler için, güvencesi olmasa dahi vatandaşlarımızdan hiçbir ücret talep etmeden hizmet verilmeye başlandı.

26 Haziran 2008'de yayımlanan başbakanlık genelgesi ile; acil tıbbi müdahale gerektiren her durumda hastanın uygun bir sağlık kuruluşuna ulaştırılması ve getirildiği sağlık kuruluşunda acil müdahalelerin öncelikli ve ön şartsız olarak yapılması sağlanmıştır.

10 Ağustos 2010 tarihinde yayınlanan başbakanlık genelgesi ile acil hizmetlerinin ne olursa olsun kamu ve özelde ücretsiz ve öncelikli olarak sunulması gerektiği bildirilmiştir.

Tüm bunların yanında dar gelirli vatandaşların kullanmış oldukları yeşil kart kullanıcılarının hakları da genişletilmiştir. Önceden sadece muayene ücretleri devlet tarafından karşılanıp birçok ilacın parasını tamamen cebinden veren yeşil kartlılar, diğer SGK'ya tabi olanlar gibi ilaçları, muayeneleri, hastanede bakımları devlet tarafından karşılanmaktadır.

Böylece herkesin doğuştan eşit şartlarla sahip olması gereken “sağlık hakkı” şartı gerçekleşmiş olmuştur diyebiliriz.

1.5.1.14. Hekim Seçme Hakkı

En temel hasta haklarından biri de hekimini seçebilme hakkıdır. Bu hakkın kullanılabilmesi için hastanelerdeki poliklinik oda sayılarının artırılması amacıyla “Hekim Seçme Uygulaması” çalışmaları 2004 yılında başlatılmıştır. 8 Eylül 2004 tarihinde 2004/117 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi” yayınlanmıştır. Bu kapsamda ilgili genelgede belirtilen şartları sağlayan hastaneler “Hekim Seçme Hakkı Logosunu” hastanelerine asmaya başlamışlardır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine “Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkan sağlanır” maddesinin eklenmesi sağlanmıştır. 17 Ekim 2007 tarihinde 9379 sayılı makam oluru ile de “Sağlık hizmet sunumunda poliklinik hizmetlerinin hastaların hekim seçmesine ve değiştirmesine imkan verecek şekilde düzenlenmesi hakkında yönerge” yayımlanmıştır. Bu yönerge, sağlık bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları ile ilçe hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve ağız diş sağlığı merkezlerini de kapsamaktadır. Daha sonra hekim seçme hakkı uygulamasına geçmeyen hastanelerin de en son 15 Eylül 2008 tarihine kadar uygulamaya geçmesi sağlanmıştır (www.sbu.saglik.gov.tr).

Hekim seçme uygulamasına geçilmeden önce sağlık kurumlarına başvuran hastalara sıraya göre rasgele polikliniklere yönlendirme bulunmaktaydı. Bu hasta memnuniyetini düşüren bir sistemdi. Bunun yanında hekimlerin performansını da ortaya çıkaran bir sistemdir hekim seçme hakkı uygulaması. Tercihi yüksek bir hekimin de yaptığı performans oranının da aldığı döner sermaye ek geliri de artmakta, hekimler de yaratılan bu ortamda hastalarına daha fazla ilgi gösterebilmektedir diyebiliriz.

1.5.1.15. ÇKYS (Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi)

1 Eylül 1997 tarihinde İkinci Sağlık Projesi kapsamında başlatılan ve anahtar teslimi bir Dünya Bankası projesi olan Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS) Projesidir. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı (SBMT) ve 81 İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) bünyesindeki kurumlar, insan gücü, malzeme v.b. işlemlerinin takibini amaçlayan, mali kaynakların yönetiminde bilgi teknolojilerini kullanarak daha çağdaş, etkin ve verimli kurumsal bir yapıya geçilmesini hedefleyen proje olarak ortaya çıkmıştır (www.saglik.gov.tr/IMID/).

Sistem ihtiyaca binaen çeşitli değişikliklere uğramış ve etkin bir şekilde kullanılmaktadır. ÇKYS ana bir sistem olup modülleri bulunmaktadır.

Bunlar;

1. İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS),
2. Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi (MKYS),
3. Yatırım Takip Sistemi (YTS)
4. Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi (SKYS)

İdari olarak kullanılan İKYS ve MKYS sistemlerini açacak olursak;

1.5.1.16. İKYS (İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi)

Sağlık Bakanlığı bünyesindeki personel bilgi ve hareketlerinin izlenmesi ile bordro ve tahakkuk işlemlerini içermektedir (Atama Bilgi Sistemi, Sicil Bilgi Sistemi, Kadro Bilgi Sistemi, Terfi Bilgi Sistemi, Maaş ve Tahakkuk Bilgi Sistemi,

Aile Hekimliği Ücretlendirme, İhtisas (diploma tescil) Doktor Bilgi Bankası(DBB), Hizmet İçi Eğitim, Disiplin Bilgi Sistemi, Hukuk Mevzuat Bilgi Sistemi, İKYS Uygulama yönetimi, Personel Şubeleri, Sözleşmeli Personel işlemleri, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Raporları, UMKE Personeli Takibi, SEFOP uygulaması, Arşiv menüsü, Mal Bildirim Menüsü).Uygulama Yönetim Modülü ile birlikte 17 alt modülden ve çok sayıda alt menülerden oluşmaktadır.

Sağlık Bakanlığında görev yapan tüm personelin hareketleri İKYS üzerinden yapılmaktadır. Başta Personel Genel Müdürlüğü ve merkez teşkilatı olmak üzere 81 İl Sağlık Müdürlüğümüz ve Hastanelerimiz ve Toplum Sağlığı Merkezleri İKYS kullanıcıları tarafından sisteme işlenmektedir (www.saglik.gov.tr).

Herhangi bir idareci, İKYS'den yapılan işlemlerden birini görmek istese herhangi bir personeli hakkında bilgi almak istese yapacağı tek şey birkaç düğmeye basmak olacaktır.

1.5.1.17. MKYS (Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi)

MKYS bir anlamda stok kontrol sistemidir. Stok; hizmet üretiminin devamlılığı için atıl bekletilip, ihtiyaç doğdukça kullanıma sunulan kaynakları ifade eder. Ayrıca bir üretim sisteminde, üretilen ürüne dolaylı veya dolaysız olarak katılan bütün varlıkları içerir. İlaç ve tıbbi sarflar başta olmak üzere kırtasiye ve büro malzemeleri, gıda ürünleri, her türlü yakıtlar v.b. hastanelerdeki stoklardandır (www.saglikmevzuati.blogspot.com).

MKYS programı 2008'de kullanılmaya başlanmış sistem 2009/ 23 sayılı genelge ile 2009'da oturmuştur. Sistem sayesinde kullanıcılar nerde stok fazlası olduğunu görmekte, fazla olan stok bozulmadan ihtiyacı olan başka bir kuruma verilebilmektedir. MKYS satın alma ve depolama maliyetlerini düşürmekte, kontrol zorluğunu ortadan kaldırmakta ve stok fazlalarının bozulmadan demode olmadan kullanılmasını sağlamaktadır.

1.5.2. TEKNİK BAKIMDAN MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

1.5.2.1. ÇKYS (Çekirdek Kaynaklı Yönetim Sistemi)

Küreselleşme ile ülkeler arasındaki ekonomik, siyasi ve sosyo - kültürel entegrasyonun artması, ulus devletin güç ve etkinliğini azaltmıştır. Ulus devlet, sınırları içindeki fikirlerin akışını ve ekonomik politikaları kontrol edememekte ve böylece iç politika araçları etkisini yitirmektedir. Bu süreçle birlikte yönetimde hakim olan değerler ve ilkelerde giderek bir standartlaşma yaşanmaya başlamış, bu benzeşme kurumların yapılarına da yansımıştır. Böylece küreselleşmenin, kamu yönetimleri üzerinde etkide bulunduğu değişim alanlarının belirlenmesi, yönetimlerin gelişim-değişim çizgisinin ortaya çıkarılmasını sağlamıştır. Özellikle bu çizginin belirlenmesinde; küresel çaptaki sorunlar sonucu oluşan küresel eğilimlerin, uluslar arası, bölgesel ve ulus-üstü örgütlerin kendi değer ve ilkelerini başka ülkelere aktarma çabalarının, bilişim teknolojilerinin yönetimler üzerindeki etkilerinin, belirleyici olduğu görülmüştür. Kamu kurum ve kuruluşları arasında rekabet ortamları oluşturmak; mal ve hizmet üretiminde vatandaşların istek ve taleplerine karşı çok daha duyarlı politikalar izlemek, insan kaynakları yönetiminde iyileştirmeler sağlamak; bilişim teknolojilerinden yararlanarak, hizmetlerin daha hızlı, ucuz ve kaliteli üretilmesi amaçlanmaktadır (Aktel, 2003: 67 – 68).

Bütün alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da doğru yer, zaman ve mekanda kullanılan teknik ve benzeri değişimler (özellikle bilişim sistemlerindeki değişimler) yaşanmıştır. Yukarıda da belirtildiği gibi yaşanan bu değişimler işlerin gerçekleşme hızını, bedensel ve zihinsel güç kullanımını azaltırken, verimi, kaliteyi, istatistiki sonuçlar ortaya çıkarabilmeyi, bilgi paylaşımını v.b. arttırmıştır.

İdari bölümde anlatılan ÇKYS sistemi ve buna bağlı modüller olan İKYS ve MKYS aynı zamanda teknik yönden meydana gelen değişikliklerdendir. Bunların yanı sıra sağlık alanında meydana gelen diğer teknik değişiklikler aşağıda açıklanmıştır.

1.5.2.2. HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri)

Her hastanede standart olmamakla birlikte hastanenin isteklerine cevap veren programlar kullanılmaktadır. Bu programlar sayesinde hastaneye müracaat eden kişinin on bir hanelik Türkiye Cumhuriyeti numarası ile giriş yapıldığında hastanın tüm bilgileri ekrana çıkmaktadır. Hastanın kimlik bilgileri, daha önce kuruma müracaat edip etmediği, gelişinin muayene mi kontrol mü olduğu, kendisine yapılan tahlil ve tetkik sonuçları, hastaneye yatış yapıp yapmadığı, kısacası hastaneye girişinden çıkışına kadar yapılan tüm işlemlerin neredeyse hepsi görülebilmektedir.

Bu sistemler sayesinde hastanelerin tutması gereken bazı istatistikler de tutulmaktadır. Örneğin her ay hangi polikliniğe ne kadar hastanın giriş yaptığı, normal doğum ve sezaryen oranları, kurumdan başka hastanelere yapılan sevk oranları gibi. Hastane Bilgi sistemlerinin sağladığı faydalar ek yazılımlar üretilerek de çoğaltılmaktadır. Anlaşma yapılan şirketten talepte bulunulduğunda işimizi kolaylaştıracak bir yazılımla sistemin görevleri daha da çoğaltılabilir. Hastanelerin tüm envanter listeleri bölüm bölüm sisteme kayıt edilerek, takibi yapılabilir.

Hastanelerde yıllarca süren kuyruk çilesi bitmiştir. Hastanelerden telefonla ya da internet üzerinden alınan randevular HBYS'lerine düşmekte, hasta kendisine verilen randevu saatinde geldiğinde beklemeden hemen muayeneye ya da tetkike alınmakta ve diğer işlemleri gerçekleştirilmektedir. Hastane koridorlarında beklemeyi azaltmak için yoğunluğu fazla olan bölümlerde birden fazla poliklinik çalıştırılmaktadır. Hastaneye randevusuz direk müracaatlarda bulunan hastalar için ise Hastane Kalite Standartlarında sorgulanan, bir saatten fazla bekletmeme şartı getirilmiştir. Hastaneye başvuran kişi hasta kayıttan kaydını yaptırdığı gibi HBYS'den kendisine bir barkot verilmektedir, barkotta hastanın kayıt yaptırdığı saatte yazmaktadır. Aynı kaydı HBYS üzerinden muayene olunacak poliklinik de görmektedir ve hastayı bir saat içinde muayeneye alacağını bilir. Hasta muayene için polikliniğe girdiği anda ise HBYS üzerinde muayene saati direk işlenir. Hastane Hizmet Kalite Standartları sorgulanırken de hastanın hasta kayıt saati ve muayene saati karşılaştırılarak kolaylıkla gerçekçi değerlendirmeler yapılabilir.

Tüm bu yaşanan değişimler ve dünya çapındaki teknoloji ve bilişimdeki değişimler, öğrenen örgüt kavramından da söz ettirmektedir. Öğrenen örgüt ise; bir işletmenin, sürekli olarak yaşadığı olaylardan sonuç çıkarması, bunun değişen çevre koşullarına uymakta kullanılması, personelini geliştirici bir sistem yaratması ve böylece değişen ve gelişen kendini yenileyen dinamik bir organizasyon olmasını ifade etmektedir (Koçel, 1999: 437).

2010 yılında Karahan ve YILMAZ'ın "Öğrenen Örgüt ve Bilgi Yönetimi İlişkisi: Afyonkarahisar ilinde Bulunan Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma" adlı çalışmasında araştırma bulguları, bilgi yönetim sistemi ile öğrenen örgüt oluşturma arasında genel itibarıyla doğrusal ve olumlu bir ilişki olabileceğini göstermiştir. Özellikle de öğrenen örgütlerin en önemli özelliği olan bilginin paylaşılması ve bilginin elde edilmesini artırıcı etkisi, bilgi yönetim sistemi bileşenleri arasında da yer aldığı ve öğrenen örgüt üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (Karahan ve Yılmaz, 2010: 147) .

1.5.2.3. Hastane Birimlerindeki Sarf Malzeme Stok Seviyesi Takibi

Hastanelerde kullanılan "Hastane Bilgi Sistemleri"nin Eczane, servis, ameliyathane ve acil gibi önemli birimlerde ilaç takip sistemleri bulunmaktadır. Bu sistemler MKYS ile karıştırılmamalıdır. Bu hastanede kullanılan sarf malzemeler için bir sistemdir. Belirtilen sistemin geliştirilmesindeki en önemli neden; hastanelerde yatan hastaların ilaçları tükenmeden, özellikle acil veya ameliyathanelerde ilaçlar, eczaneye bildirilmeli ve tedarik edilmelidir. Eczanelerde, kullanılan miktara ve istemlere göre hemen alıma gidilir. Sistem şu şekilde işlemektedir. Bölümler kullanımlarına göre ilaçlarının maksimum minimum ve kritik stok seviyelerini belirlemelidirler. Bu belirlemeden sonra takibe başlamalıdır, stok seviyesi asla minimum'un altına düşmemelidir. Eğer böyle bir düşüş yaşanırsa hasta yoğun bir günde ilaçsız kalınabilir. Kritik stok seviyesi de uyarıcı bir seviye olup alıma gidilmesi konusunda çalışanları harekete geçirecek olan seviyedir. Maksimum seviye ise gereksiz yere fazla ilaç bulundurulmamasını sağlayan seviyedir.

1.5.2.4. TİG (Teşhisle İlişkili Gruplar)

Ülkemizde uygulanmaya başlayan Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) sistemi, hastaları klinik ve maliyet verilerine göre gruplandırır ve benzer hastalıkları benzer gruplara atar. Böylece her birinin bir hastaneden benzer hizmetler alması beklenen vaka tiplerini tanımlar, bunları tanılara ve işlemlerine göre gruplandırarak sınırlı kaynakları adil bir biçimde dağıtır. Bunun yanında hastane verimliliğini teşvik eder, hastane içi maliyetlerin kontrol edilmesini sağlar; sağlık hizmetlerinde süreçlerin ve çıktıların değerlendirilmesinde, kalite değerlendirme faaliyetlerinde kullanılır (A. ÇİNAL; 2012: 33).

Kısaca bir tanımla Teşhisle ilişkili gruplar (TİG), önceden belirlenmiş vaka, kişi başına ödeme ve bütçeleme sistemidir. Bilindiği gibi hastanelerimizde hekimler maaşlarına ek olarak döner sermayeden performanslarına göre ödeme almaktadırlar, performansı doğru bir şekilde takip etmek de güç olmaktadır. Örneğin, muayene başı ücretin aşağıda tutulması, az zamanda daha fazla hasta bakılmasına neden olmakta, sonucunda hastaya ayrılan süre düşmekte ve performansın artırılması için daha fazla tetkik ve tahlil yapılmasına neden olabilmektedir. Buda gelir beklentisi nedeni ile hastaneyi gereksiz tahlil tetkik masraflarına soka bilmektedir. Oysa TİG sistemi sayesinde hekimin teşhisi girdiği anda yapabileceği tüm tetkik, tahlil ve işlemler listelenmektedir. Bunların dışında bir şey isteyecek hekim bunu gerekçesi ile bildirecek ve başka bir polikliniğe yönlendirecektir. TİG sayesinde hem adaletli bir ücretlendirme hem de gereksiz masraflar ortadan kalkmaktadır.

Başlangıcından itibaren hızlı bir gelişme ile Şubat 2010 tarihinden bugüne kadar SB TİG'le ilgili toplam 21 eğitim yapmıştır. Bunların 17'si kamu hastanelerine yönelik olup 555 (299 ilçe) kamu hastanesinden toplam 2050 kişi eğitildi. Diğer 4 eğitim Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi ve Türkiye Odalar Borsalar Birliği (TOBB) iş birliği ile farklı zamanlarda gerçekleştirilmiş olup üniversite ve özel hastane personelinden olmak üzere toplam 365 klinik kodlamacı eğitilmiştir (A. ÇİNAL; 2012: 33).

1.5.2.5. MHRS (Merkezi Hastane Randevu Sistemi)

Hastane Randevu Merkezi, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında vatandaşlarımızın sağlık hizmetine daha kolay erişiminin sağlanması ve hastanelerimizin daha etkin ve verimli şekilde hizmet sunabilmesi için geliştirilmiş bir projedir. Bu amaçla 2009 yılında başlatılan çalışmalar tamamlanarak 2011 yılında hizmetin ülke genelinde yaygınlaşması sağlanmıştır. Hastane Randevu Merkezi, vatandaşlarımızın ALO 182 hattını arayarak veya internet üzerinden, sağlık bakanlığına bağlı hastaneler ile Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinden muayene randevusu almalarını sağlayan bir hizmettir (www.mhrs.gov.tr).

MHRS vatandaşların sağlık bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri için 182 MHRS Çağrı Merkezi'ni arayarak canlı operatörlerden kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir uygulamadır. Uygulamanın amacı; hastanelerde daha iyi bir kaynak planlaması yapılarak vatandaş/hasta memnuniyetinin artırılması, hastanelerdeki kuyrukların azaltılmasıdır. Pilot uygulaması ilk Erzurum ve Kayseri'de yapılmış (AKDAĞ, 2010: 125) olup, ülke geneline yayılması sağlanmıştır.

1.5.2.6. Elektronik Reçete (E-Reçete) Kullanımı

Temmuz 2012 tarihinden itibaren uygulamaya konulmuştur ve kullanımı giderek artmaktadır. E- reçete kullanımının en başarılı olduğu grup aile hekimleridir. Aile hekimlerinin büyük çoğunluğu e.reçete ile ilaç yazarak eczanelere gönderiyor. Aile hekimlerini özel hastanelerdeki doktorlar izliyor. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde ise oran daha düşük. Bakanlığın tamamıyla e-reçeteye geçmesi yönünde çalışmalar devam etmektedir. Mevcut durumla hekimler Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) verdiği geçici şifre ile reçetelerini sistem üzerinden yazıyor. Şifrelerin başka kişiler tarafından kullanılmasını önlemek amacı ile hekimlere e-imza verilmesi için çalışmalar devam ediyor. Sağlık Bakanlığı, SGK ve TÜBİTAK bu konuda çalışma başlatmıştır. Kamudaki hekimlerin e-imza altyapısını TÜBİTAK, özelde çalışan 23 bin hekimin imzalarını ise 3 özel firma hazırlayacak. İlk aşamada SGK e-imzayı 1 Temmuz 2012'de hayata geçirmeyi planlıyordu fakat e-imzalı reçetelerin normal reçeteye göre sanal ortamda 30 kat daha büyük alan kaplaması

süreci geciktirmiştir. SGK e-reçeteleri elektronik ortamda 5 yıl saklayabilmektedir (Sağlık ve İnsan Dergisi; 2012: 8).

1.5.3. KALİTE BAKIMINDAN MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

Günümüzde, kalite kontrolün ilk kez ne zaman bilinçli olarak yapıldığı ve uygulanmaya başlandığı konusunda kesin bir bilgi yoktur. Arkeolojik araştırmalardan anlaşıldığı kadarı ile Mısır piramitlerinin yapılışına kadar, kalite kontrolüne ait bilinçli çabalar ortaya çıkmıştır. Piramitlerin mükemmelliği, klasik Yunan eserlerinin kusursuzluğu ve Roma yapılarının dayanıklılığı, kalitenin kontrol edilmesi için bilinçli bir çaba harcandığını doğrulamaktadır. Eski Yunanlılar tarafından kaliteye yapılan diğer katkılar literatür ve matematik alanında olmuştur. Yunanlılar geçmiş deneyimlerin geleceğe aktarılması için tuttıkları literatürlerde yüksek kaliteye önem vermişlerdir. Eski Romalılar da özellikle mühendislik ve mimarlıkta kaliteye katkıda bulunmuşlardır (TKY_www.bumatek.boun.edu.tr).

Orta çağa gelindiğinde ise; insanlar kendi ürettikleri ürünü kendileri kontrol etmekte idiler. Üretim daha çok tarıma dayalı ve küçük zanaatkarlar da bulunmakta idi. Küçük meslek örgütleri de manüel olarak kalite kontrolleri yapmaktaydılar.

1900'lerin başlarında ise muayeneciler tarafından yapılan rutin kalite kontrolleri, bazı şirketler için yeteri kadar iyi değildi. Western Electric gibi şirketler, kullandıkları aletlere güven sağlayacak daha titiz kalite kontrol yöntemleri araştırmışlardır. Bu ihtiyaçtan dolayı, 1924'de Western Electric' in Bell telefon laboratuvarlarında muayene ve mühendislik departmanı kurulmuştur. 1925 ve 1926 arasında, Western Electric grubu, kabul örnekleme ile ilgili günümüze kadar gelmiş çeşitli terimler tanımlamıştır. Bunlar, tüketici riski, üretici riski, kabul olasılığı, çalışma karakteristiği eğrileri, parti toleransı, ortalama toplam muayene, ikili örnekleme, A ve B tipi risklerdir. 1930'larda Western Electric' te geliştirilen yöntemler ABD ve diğer devletlerde kullanılmaya başlandığından, endüstride kabul örnekleme tekniklerinin uygulama alanı artmıştır. 1930'ların ortalarına kadar kalite kontrolüne uluslar arası bir ilgi ortaya çıkmıştır. 1935'de Pearson, "İstatistiksel Yöntemlerin Endüstriyel Standardizasyona ve Kalite Kontrolüne Uygulanması" başlıklı İngiliz Standartları Enstitüsünün 600 numaralı standardını geliştirmiştir.

İstatistiksel kalite kontrol 1940'larda doğmuştur. 1940'da Amerikan Standartlar Birliği, imal edilmiş mamullere istatistiksel kalite kontrolü uygulamaya başlamıştır (TKY_www.bumatek.boun.edu.tr).

Sonrasında ise kaliteye artarak devam eden uluslar arası ilgi kalite ile ilgili birçok enstitü, dernek, örgüt v.b.lerinin kurulmasına neden olmuş ve önemli gelişmeler kat edilmiştir. Dünyada çalışmalarıyla kabul görmüş bu örgüt, birlik ve dernekler çeşitli kalite tanımlamaları yapmıştır.

- Alman Standartlar Enstitüsüne göre; Bir ürünün öngörülen ve zorunlu olan standartlara uyum kabiliyetidir.

- Avrupa Kalite Kontrol Birliğine (EOQC) göre; Belirli bir malın ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir.

- Amerikan Kalite Kontrol Derneğine (ASQC) göre; Bir mal ya da hizmetin belirli bir gereksinimi karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür.

- Japon Sanayi Standartları Komitesi (JIS)'ne göre; Ürün ya da hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir.

- Uluslar arası Standardizasyon Örgütünün ISO 9000'e göre; ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama niteliğine dayanan özelliklerin toplamıdır (www.tripod.com.tr).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ile ilgili ilk çalışmaların ise 19. y.y'da başladığı varsayılabilir. Florans Nightingale, 19.y.y.'da İngiltere'de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapmıştır. ABD'de sağlık alanında iyileştirme çalışmaları da 1900'lü yıllarda başlamıştır. Bu çalışmaların devamında, ABD de kar amacı gütmeyen önemli bir kuruluş, Joint Commission for Accreditation of Healthcare (JCAHO) kurulmuştur. Ayrıca 1950'li yıllarda Avedis Donebedian'ın sağlık alanında kalite çalışmaları önemlidir (Kaya; 2005: 18'den aktaran Sarp; 2006: 2).

Türkiye'de ise sağlıkta kalite alanında 90'lı yıllara gelene kadar maalesef önemli ve köklü çalışmalar yapılamamıştır.

Türkiye’de 1987 yılında yayınlanmış olan ISO 9000 Standartları bünyesinde bulunan kalite güvence modelleri (ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003) uyarınca kalite sistem belgelendirme çalışmaları ülkemizde ilk kez 1990 yılında başlamıştır. 2007 yılı itibarıyla 68 kuruluş ISO 9001:2000 belgesi almıştır (S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2007).

Ülkemizde kalite anlamında en önemli gelişme 2003 yılında “sağlıkta dönüşüm programı ” ile temelleri atılmaya başlanan Mayıs 2007 tarihinde bakanlığımız Strateji Geliştirme başkanlığı bünyesinde “Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı”nın kurulmasıyla başlamıştır.

1.5.3.1. Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Araştırmamızın belki de en kapsamlı konularından biri kalitedir; çünkü kalite herhangi bir sağlık kuruluşunun girişinden değil dış çevresinden başlayıp, kurumun çatısına varana dek değerlendirilmeye alınan bir süreçtir.

Kalite konusunda asıl ve en önemli gelişme Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığının faaliyete geçmesiyle başlamıştır. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Mayıs 2007 tarihinde Bakanlık Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği alanlarında Bakanlığın plan, program ve faaliyetlerini yürütmek üzere kurulmuştur. Kasım 2007 tarihinden itibaren müstakil Daire Başkanlığı olarak hizmetini sürdürmeye devam eden Başkanlık Eylül 2009 tarihinden itibaren ise Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışmalarına devam etmiştir. Son olarak 663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanmayla 19 Mart 2012 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” adı altında faaliyetlerini sürdürmektedir.

Daire başkanlığında “Kalite Değerlendirme Birimi, Kalite Standartlarını Geliştirme Birimi, Bilgi Yönetimi Birimi, Proje Yönetimi ve Uluslar arası Çalışmalar Birimi, Kalite Eğitimleri Birimi, Akreditasyon Birimi ve Beyaz Kod Birimi” olmak üzere bünyesinde toplam yedi birim bulunmaktadır.

1.5.3.1.1. Bağlı Birimlerin Görev ve Sorumlulukları

1.1.1. Kalite Değerlendirme Birimi

1. Değerlendirme Sürecine ilişkin mevzuatın hazırlanması, kuralların belirlenmesi
2. Değerlendirici kapasitesinin nitelik ve nicelik yönünden geliştirilmesi
3. Değerlendirme sürecinin izlenmesi ve yönetilmesi
4. Değerlendirmeye ilişkin iletişim ve bilgi sistemlerinin yönetilmesi
5. Değerlendirme sonuçlarının analizi ve raporlanması

1.1.2. Kalite Standartları Geliştirme Birimi

1. Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, verimlilik, etkinlik ve etkililik hususlarını esas alan kalite standartlarını geliştirmek
2. Mevcut kalite standartlarında gerekli revizyon çalışmaları yapmak
3. Sağlıkta kalite standartlarına ilişkin uygulama rehberleri ve zgn uygulama yöntemleri geliştirmek

1.1.3. Bilgi Yönetimi Birimi

1. Başkanlık faaliyetlerine ilişkin programların geliştirilmesi ve teknik desteğin sağlanması
2. Başkanlık bünyesinde faaliyet gösteren birimlerin donanım ve yazılım işleri konusunda teknik destek sağlama , AR-GE çalışmalarında bulunma

1.1.4. Proje Yönetimi ve Uluslar arası alışmalar Birimi

1. Sağlıkta kalite ve güvenliğinin geliştirilmesine yönelik projelerin yürütülmesi
2. Projelerin hedeflerine ulaşabilmesi için ilgili birimlerle yürütülen çalışmaların etkinliğini değerlendirmek ve koordine edilmesi
3. Başlatılan ve planlanan projelerin hedeflenen kalite ve standartta olup olmadığını değerlendirmek, gerek görülen durumlarda ilgili birimlerle koordinasyonu sağlayarak danışman raporlarını incelemek ve gerek gördüğü durumlarda daha ayrıntılı bilgi istenmesi, ihtiyaç duyulan eğitim ve bilgilendirme toplantıları organize edilmesi

5. Sağlıkta Kalite alanında yabancı ülkelerle ve uluslar arası kuruluşlarla ortak yapılan çalışmalarda paydaş olarak yer alınması

1.1.5. Kalite Eğitimleri Birimi

1. Kongre, konferans, sempozyum vb. faaliyetlerin yürütülmesi
2. Uzaktan eğitim sisteminin takibi ve yürütülmesi
3. Başkanlığımız İnternet Sitelerinin yönetimi ile ilgili faaliyetlerin yürütülmesi
4. Başkanlığımız Yayın faaliyetlerinin yürütülmesi
5. Başkanlığımız hizmet içi eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi
6. Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri ile ilgili faaliyetlerin yürütülmesi
7. Başkanlığımız Faaliyet Planı, Performans Programı, Stratejik Plan ve Bütçe ile ilgili faaliyetlerin yürütülmesi
8. SBN (Sağlıkta Buluşma Noktası) ve SABİM (kalite ile ilgili) başvurularının cevaplandırılması
9. BİMER (Başbakanlık İletişim Merkezi) (kalite ile ilgili) başvurularının cevaplandırılması

1.1.6. Akreditasyon Birimi

1. Sağlıkta Ulusal Akreditasyon Sisteminin kurulması ve yürütülmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde izlenecek stratejilerin belirlenmesi.
2. Sağlıkta Akreditasyon alanında ulusal ve uluslararası gelişmelerin takip edilmesi
3. Sağlıkta Kalite Standartlarının, Değerlendirici Eğitim Süreçlerinin ve Organizasyonel yapının akreditasyonunun gerçekleştirilmesi. Bu amaca yönelik olarak;
 - a. Gerekli alt yapının sağlanması için uluslararası sürdürülebilir bağlantıların ve iş ortaklıklarının kurulması.
 - b. Ulusal Akreditasyon Sistemine ilişkin Başkanlık çatısı altında oluşturulacak çalışma gruplarını belirlemek ve süreci koordine etmek.
 - c. Ulusal Akreditasyon Sistemine ilişkin projelerin yürütülmesi
4. Ulusal Akreditasyon Sisteminin kurulmasına yönelik mevzuatın oluşturulması

1.1.7. Beyaz Kod Birimi

1. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili Alo 113 numaralı telefon hattına gelen çağrılarının cevaplandırılması ve bildirimlerin kayıt altına alınması,
2. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili internet sayfamız www.beyazkod.saglik.gov.tr adresine yapılmış bildirimlere geri dönüş yapılması ve şiddet olayının teyit edilmesi,
3. Bildirimlerin adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğinin araştırılması,
4. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına hukuki açıdan rehberlik yapılması,
5. Beyaz Kod İl Koordinatörlüklerinin çalışmalarının takibi ve koordinasyonu,
6. Bildirimlere ait günlük ve aylık verilerin analizi ve raporlanması ve değerlendirilmesi

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tüm hastaneler, ağız dış sağlığı merkezleri, 112 Komuta Kontrol Merkezleri ve 112 İstasyonları için kalite kriterleri belirlemiş ve il performans ve kalite koordinatörlüklerince belirtilen kurumlara kriterler duyurulmuş ve kurumlarını bu kriterlere göre düzenlemeleri istenmiştir. 2008 tarihinden itibaren başlatılan denetimler il bazında kendi içinde iken 2009 tarihinden itibaren çapraz denetim denilen Bakanlığın oluşturdukları ekipler tarafından bakanlık adına denetlenmeye başlanmış ve 2010 yılından bu yana çapraz değerlendirmeler merkezi değerlendirme adı altında tüm ülkede kurumsallaşmıştır. Fakat bakanlık denetleme yerine “değerlendirme” terimini kullanmayı tercih etmekte, değerlendirme sürecini bir eğitim; kurumların kendilerini geliştirmeleri için bir fırsat olarak görmektedir. Kamu hastaneleri yıl içinde iki kez çapraz değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. İllere bağlı küçük ilçe hastaneleri ve 112 Acil Komuta Merkezleri ve İstasyonları bağlı buldukları ilin İl Sağlık Müdürlüğü İl Kalite ve Akreditasyon Birim çalışanları ve ildeki diğer kurumlardan seçilen kişilerce yine yılda iki kez değerlendirilirler. Yukarıda da belirtildiği gibi çapraza tabi merkez hastaneler ve büyük ilçe hastaneleri bakanlıkça belirlenen farklı illerden değerlendiricilerin oluşturduğu ekiplerce değerlendirilirler. Değerlendirme dönemleri Ocak- Hazirana (Haziran dahil) aylarını kapsayan birinci dönem ilk değerlendirmedir. Temmuz ve Aralık (Aralık dahil) aylarını kapsayan dönemde ikinci değerlendirmedir. Yapılan değerlendirmelerde 0,1 ile 1 tam puan üzerinden

puanlama yapılmaktadır. Değerlendirmenin yaptırımına gelince, tüm hastaneler aldıkları kalite puanının % 30 ile üzerinden yine kaliteyle ilgili % 25 hasta çalışan memnuniyet anketleri sonuçlarından ve % 15 merkezi bilgi sistemine girdikleri verilerin tam olup olmamasına göre ve artı % 30 ile kişilerin performansları belirlenmiş olur ve buna göre döner sermayeden alabilecekleri ek gelir hesaplanır. Kalite kriterleriyle istenen her şey sadece hastayı değil aynı zamanda çalışanı da koruyan kriterlerdir.

Hastaneler daha öncesinde ISO Kalite belgesi almaya çalışırken, bir nevi bu belgeyi almalarına gerek kalmamaktadır diyebiliriz. Çünkü bakanlık kriterleri ISO kriterlerinden çok daha fazla ve kapsamlıdır. Şöyle söyleyebiliriz Bakanlık kriterlerini yerine getiren hastaneler kolaylıkla ISO Belgesini alabilecek durumda iken , ISO kriterlerinin tamamını karşılayan bir hastane bakanlık kriterlerinin tümünü karşılamış olmamaktadır.

2005 yılın da kamu hastanelerinde hayata geçirilen kurumsal performans ve kaliteyi geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri hizmet kalite standartları adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standarttan oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır. Dünyada da ülkemizde de sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturulurken, kamu ve özel hastaneler iki farklı standart seti ile değerlendirilmekteydi. Ancak sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sistemini kurmak amacıyla, kamu ve üniversite hastaneleri ile özel hastaneleri kapsayacak şekilde “Hastane Hizmet Kalite Standartları” setinin oluşturulması için yoğun bir çalışma başlatılmış (Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2011:3-4) ve 1 Mart 2011 tarihinde hizmet kalite standartları son halini almıştır. Performans Kalite Sistemimiz ABD, İngiltere,

Moritanya, Bangladeş, Güney Kore, Moğolistan, Kazakistan ve Makedonya'ya tanıtılmıştır.

Son revizyonla bakanlık kalite standartları kapsamında hastaneler, tipine göre de, 33 başlık altında toplamda 706 kriterden sorumlu tutulmaktadır her bir kriterinde 3-4 bazen 5-6 alt bileşeni bulunmaktadır. Ağız Diş Sağlığı Merkezleri 16 başlık altında 183 kriterden, 112 Merkezleri ise; 3 başlık ve 58 kriterden sorumludurlar. Her çapraz değerlendirme döneminde hastane ve ADSM'ler bakanlık daire başkanlığının belirlediği 6 başlıktan sorumlu tutulmaktadır.

Hastane kalite kriterlerinden birkaç örnek verecek olursak; tüm hastanelerde karşılama yönlendirme çalışanları bulunmakta, bu çalışanlar diğer çalışanlardan farklı kıyafetler giymekte, hastaları hastanede karşılayıp gerekirse gidecekleri yere kadar refakat etmektedirler. Hastalar hasta kayıt birimine kayıt yaptırdıktan sonra en fazla bir saat bekletilebilir, randevular hastane bilgi sisteminden hastayı daha fazla bekletmeyecek şekilde verilir. Hastanelerde kullanılan tüm ölçüm cihazlarının ve diğer makinelerin günlük bakımları ve doğru ölçüm yapıp yapmadıklarına dair kalibrasyon kayıtları tutulur.

Artık hasta yakınları ameliyathanedeki hastalarından telefon aracılığı ile bilgi alabilmektedirler. Çoğu hastanede ameliyathane dışında LCD televizyonlardan hasta hakkında bilgiler yayınlanmaktadır. Her hasta odasında banyo ve lavabo, açılır kapanır refakatçi koltuğu bulundurma zorunluluğu bulunmaktadır. Her hastanede bebek emzirme odaları bulunmaktadır. Hastalar hastaneye başvurduğundan itibaren her işlem için bilgilendirilir.

Hastalar hastaneye yatış yaptıkları anda kollarına kol bandı takılır. Kol bantları bir tür kimlik tanımlayıcıdır. Kol bandında protokol numarası hastanın adı soyadı ve doğum tarihi gün ay yıl şeklinde bulunur. Tüm işlemlerde kol bandından doğrulama yapılır. Tüm hastalara beyaz bileklik, alerjisi olan hastalara kırmızı, erkek bebeklere mavi, kız bebeklere pembe bileklik takılır. Hasta ameliyata alınmadan önce bir sağlık görevlisi ile ameliyathaneye götürülür, operasyondan önce kol bandından kimlik doğrulama, güvenli cerrahi formundan da tüm işlemleri, onam formlarından taraf doğrulama teyit edilir. Böylelikle yanlış kişi, yanlış taraf gibi hatalar en aza indirilir.

Hizmet kalite standartları aynı zamanda alt başlıklardan oluşmaktadır. Standardı bir örnekle gösterecek olursak;

01 01 38 00 H **Yatan hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

01 01 38 00 H Yatan hasta, bölüme kabulünde düşme yönünden değerlendirilir.

- Değerlendirme, hastane tarafından belirlenen bir ölçekle yapılmalı,
- Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi tekrarlanmalıdır.

01 01 38 02 H **Düşme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.**

01 01 38 03 H **Yatan hastalarda düşme olayı gerçekleştiğinde kalite yönetim birimine bildirim yapılmalı,**

- Olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılmalıdır.

Birinci kısımdaki 01: Ana Başlığı belirtmektedir.

İkinci kısımdaki 01: Ana başlığın bölümünü

Üçüncü kısımdaki 38: Standart Numarasını

Dördüncü kısımdaki 00: Standardın Kendisini

Beşinci kısımdaki H: Standardın Hasta Güvenliği ile ilgili olduğunu gösterir.

Alttaki **01013802-03** şeklinde giden değerler ise **38. standart 1. alt bileşen 2. 3. alt bileşen** şeklinde sıralanmasıdır.

Tablo 3. Hastane Kalite Kriterlerinin Bölümlere Göre Sayısı

| BÖLÜM | Kriter Sayısı | BÖLÜM | Kriter Sayısı |
|----------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------|
| Yönetim Hizmetleri | 68 | Acil Sağlık Hiz. | 29 |
| Hasta Bakım Hiz. | 5 | Biyokimya Laboratuvarı Hiz. | 20 |
| Enfeksiyon Kontrolü ve İzlenmesi | 7 | Eczane Hiz. | 17 |
| Tesis Yönetimi Hizmetleri | 11 | Sterilizasyon Hiz. | 14 |
| Acil Durum ve Afet Planı Hiz. | 8 | Transfüzyon Hiz. | 13 |
| Bilgi Yönetimi Hiz. | 13 | Ağız ve Diş Sağ. Hiz. | 14 |
| Stok Yönetimi Hiz. | 6 | Fizik Tedavi Hiz. | 12 |
| Yoğun Bakım Hiz. | 36 | Diyaliz Hiz. | 25 |
| Yeni Doğan Yoğun Bak. Hiz. | 32 | Doğum Hiz. | 26 |
| Ameliyathane Hiz. | 26 | Psikiyatri Hiz. | 45 |
| Klinikler | 34 | Nükleer Tıp Hiz. | 13 |
| Endoskopi Hiz. | 17 | Hasta Dosyası ve Arşiv | 6 |
| Görüntüleme Hiz. | 16 | Mutfak Hiz. | 6 |
| Patoloji Laboratuvarı Hiz. | 24 | Çamaşırhane Hiz. | 6 |
| Mikrobiyoloji Laboratuvarı H. | 24 | Morg Hiz. | 7 |
| Atık Yönetimi | 14 | Kalite İndikatörleri | 18 |
| Poliklinik Hiz. | 19 | | |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2011

Kamu hastanelerine karşın özel hastanelerin açılması, kişiler için bir alternatif oluşturmuştur. Bir süre sonra kamu ve özel hastaneler arasında geliştirici bir rekabet oluşmuştur.

Aynı zamanda küreselleşmenin etkisiyle bilinçli bir tüketici kitlesi uluslararası rekabeti kızıştırmaktadır. Artan rekabet koşulları karşısında üretici firmalar, daha kaliteli mal ve hizmet talep eden tüketicilerin beklentilerini karşılayabilmek için belirli standartlarda üretim yapmak ve bu standartları sürekli olarak yükseltmek zorunda kalmaktadırlar (Gencel, 2001:1).

Bununla birlikte Hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden hizmet kalitesi ile ilgili literatürde hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır. Ghobadian’a göre algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmet kalitesine yönelik sezgilerdir ve müşterilerin tatmin derecesini büyük ölçüde belirlemektedir (Ghobadian vd, 1994:50’dan aktaran Devebakan ve Aksaraylı, 2003:40).

“Algılanan Hizmet ile Beklenen Hizmet” müşteri memnuniyetini belirler.

AH > BH İDEAL KALİTE

AH = BH DOYURUCU KALİTE

AH < BH DÜŞÜK KALİTE (Kömürcü; 2006: 24).

Bahsi geçen, hizmet sektörüne ait genel sıkıntılar, sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Hizmetin depolanamaması, herhangi bir yanlışlıkta geriye dönüşün zor oluşu, her defasında tekrarlanan hiçbir hizmetin aynı olmaması, müşteri farklılıkları gibi sıkıntılar sağlık hizmetleri gibi hayati bir öneme sahip bir sektörde daha büyük zorluklar yaratmaktadır. Çünkü sağlık kuruluşlarına başvuran kişiler zaten hasta olarak, fiziksel ve ruhsal yönden kötü bir halde geldiklerinden daha hassas, daha sinirli ve daha tepkisel olabilmektedirler. Sağlık hizmetleri ağır teorik bilgiyi gerektirirken aynı zamanda da uygulamada da sıfır hatanın olması gereken zorlu bir sektördür. Tüm bunlara rağmen çok değil 15-20 sene önceki hastaneleri, gecedan başlayan poliklinik kuyruklarını ve şimdiki hastanelerin genel görüntüsü ve hizmetleri karşılaştırıldığında kısa zamanda ne kadar çok olumlu değişimin yaşandığını görebiliriz.

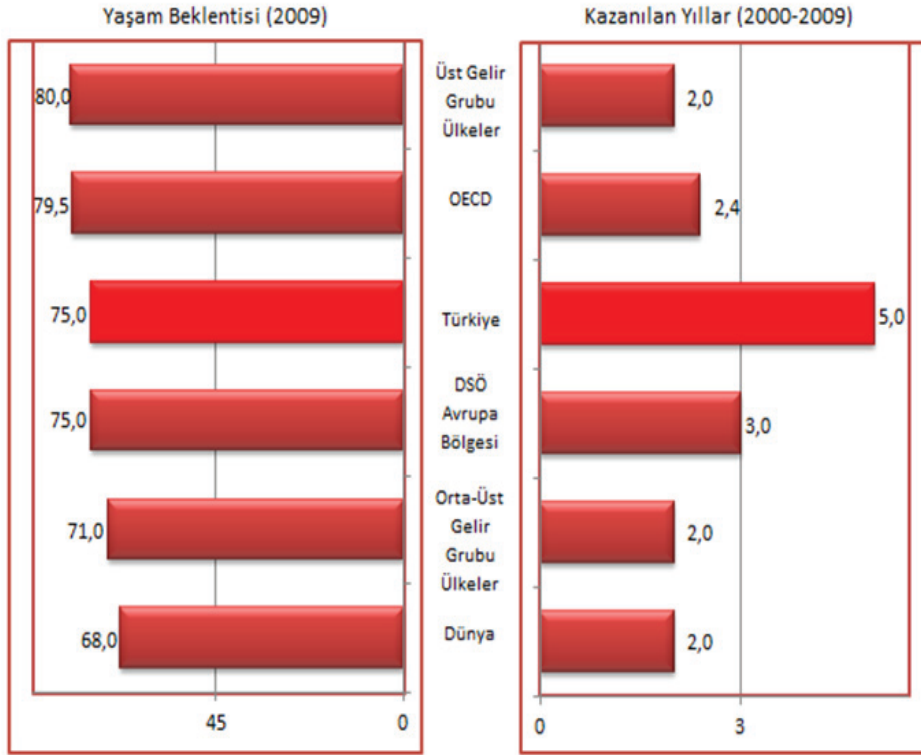
1.5.3.2. Bebek Ölüm Hızı (Mortalite) Oranı

Araştırmamızın başında da belirttiğimiz gibi bir ülkenin ekonomik, refah, sağlık ve sayabileceğimiz birçok göstergenin en önemli belirleyicilerinden biri “bebek ölüm hızı”dır. Bebek ölüm hızı, belli bir yıl içindeki her 1.000 canlı doğan bebek için bir yaşını doldurmadan ölen bebek sayısıdır.

2010-2015 dönemi tahminlerine göre dünyada bebek ölüm hızı binde 41,8’dir. Bebek ölüm hızının en yüksek olduğu ülkeler arasında Afganistan (binde 124,5), Çad (binde 123,9) ve Somali (binde 100) bulunmaktadır. Bebek ölüm hızının en düşük olduğu ülkeler arasında ise Japonya (binde 2,6), Lüksemburg (binde 2,3) ve Singapur (binde 1,9) bulunmaktadır. 2045-2050 dönemi tahminlerine göre dünyada bebek ölüm hızının binde 23,4 olması beklenmektedir. Bu dönemde, bebek ölüm hızının en yüksek olacağı tahmin edilen ülkeler arasında Afganistan (binde 66,6), Çad (binde 59) ve Somali (binde 48,1) bulunmaktadır. Bu dönemde bebek ölüm hızının en düşük olacağı tahmin edilen ülkeler arasında ise İsrail (binde 2), İzlanda ve Singapur (binde 1,9) yer almaktadır (TÜİK,2012)

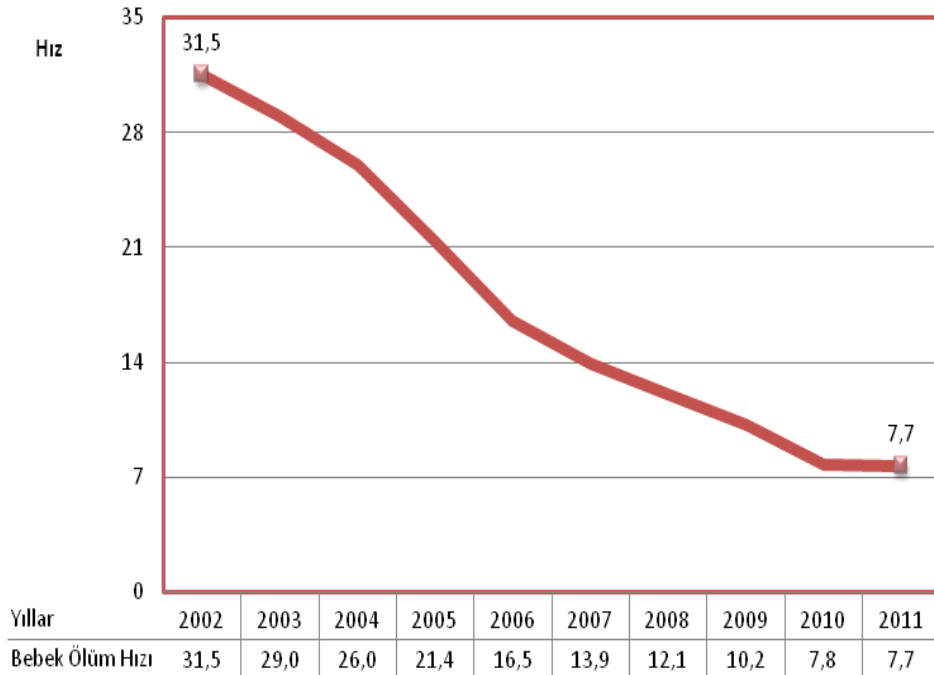
Türkiye’de ise 2003 sağlıkta dönüşüm programının en büyük hedeflerinden biri de bebek ölüm hızını düşürmekti ve 2003’den bu yana bebek ölüm hızı önemli oranda düşmüş, hatta “doğumda beklenen yaşam süresi” üst gelir grubu ülkelerin seviyesini geçmiştir. 2003’de 31,5 olan bebek ölüm hızı 2011’de 7,7’ye düşmüştür ve çok daha aşağılara düşmesi beklenmektedir.

Şekil 3. Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslar arası Karşılaştırması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2011: 13

Şekil 4. Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızı,(1000 Canlı Doğumda),Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2011: 14

1.5.3.3. Anne Ölüm Hızı Oranı

Bir ülkenin gelişmişliğinin, kalkınmışlığının en önemli göstergelerinden biri de “anne ölüm hızı”dır. Yine 2003 sağlıkta dönüşüm programı ile bu önemli göstergede de önemli mesafe kat edilmiştir. Anne ölüm hızı; belli bir dönemde meydana gelen anne ölümlerinin aynı dönemdeki canlı doğumlara oranlanması ile hesaplanmaktadır.

Anne ölüm oranı 2002’de 64,0 iken 2011’de 15,5’e düşmüştür (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Verileri, 2011).

1.5.3.4. Hasta Hakları Birimlerinin Kurulması

Hasta haklarının ortaya çıkışı ‘hasta hakkı’ şeklinde değil; hastaya karşı tüm sağlık çalışanının uymaları gereken ‘görevler’ şeklinde olmuş ve etik kurallar içerisinde ele alınmıştır. İçeriğinde bu haklar 2500 yıl önce ortaya atılmış olan Hipokrat andındaki hekimlik sanatının vicdani buyrukları doğrultusunda dikkat ve özenle yerine getirilmesi, herhangi bir sınıf ya da ırk ayrımcılığına izin verilmeden insan hayatına özen ve saygı gösterilmesi ilkesinden yola çıkmıştır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nca hazırlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği” 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi’nin hemen hemen aynıdır. Son maddesiyle farklılaşmaktadır. Bu maddeye göre Hasta Hakları Bildirgesi hastaların görüp okuyabileceği yerlere asılması zorunluluğu getirilmiştir (www.baltalimani.gov.tr).

Daha sonra 26 Nisan 2005 tarih ve 3077 sayı ile “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” yayınlanarak yürürlüğe girmiş ve sağlık kurumlarında “Hasta Hakları Birimleri” kurulmaya ve işlemeye başlamıştır. Hastanelerdeki hasta hakları birimi kendilerine gelen şikayetleri yerinde çözebiliyorsa sorun ortadan kalkar. Çözülmemeyen sorunlar ve hastanelerdeki “Dilek Şikayet Öneri” kutularına bırakılan dilek, şikayet ya da öneriler değerlendirilmek üzere Hastane Hasta Hakları Kurulunda görüşülüp değerlendirilir. İl Sağlık Müdürlükleri Bünyesinde de “Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü” bulunmakta bakanlık ve hastanelerdeki hasta hakları birimi arasındaki koordinasyonu sağlamakta, bakanlığa bildirilen şikayetlere cevap vermektedirler. Sağlık Bakanlığında da hasta hakları uygulamalarının planlanması,

uygulanması ve denetlenmesini sağlayan Sağlık bakanlığı tedavi hizmetleri genel müdürlüğü'ne bağlı olarak çalışan hasta hakları şubesi bulunmaktadır. (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi)

Bu konuda Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ'nün kurucularından olduğu Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY) her yıl bu konuda eğitimler ve kurslar vermekte ve Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ'nün hasta hakları konusunda kaleme aldığı "Hasta Hakları Bilgilendirme Kılavuzu" bugün ortaya çıkan sorunların çözümünde kullanılmaktadır. Hastaların diğer hakları yanında başlıca temel hasta hakları ise; aydınlatılmış onam, bilgilendirme, tedaviyi red etme ve mahremiyet hakkıdır (T. Özlü ve S. BOSTAN, 2008).

1.5.3.5. Dumansız Hava Sahası Programı

Tütün kullanımı Türkiye için sağlığı etkileyen en önemli risk faktörüdür; 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 33,4'ü sigara içmektedir. Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2003 sonuçlarına göre ise; öğrencilerin % 29,3 'ü sigara içmeyi denemişlerdir. Sigara içenlerin % 39'u sigara içmeye 15-18 yaşında, % 20'si ise 11-14 yaşlarında başlamaktadır. 1996 yılında yürürlüğe giren 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un ardından, Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 25 Kasım 2004'de TBMM'nce kabul edilerek yürürlüğe girmiş ve 2006 yılında Ulusal Tütün Kontrol Programı kabul edilmiştir (Yardım ve diğerleri, 2007: 176).

Konuyla ilgili bütün hastanelerde ve kamu kurumlarında seçilen bir personel bu konuda hastane içinde denetim yapmaktadır. İlçelerde Toplum ve Aile Sağlığı Başkanı ve oluşturulan ekipler özel kuruluşları denetlemektedir. İllerde il sağlık müdürlüklerinde akıl ve ruh sağlığı birimleri bu konuyla ilgili denetimleri yapmakta ve gerekli uygulamaları gerçekleştirmektedir.

Özel hukuk kişilerine ait binalarda en yakın kolluk birimi yetkililerince idari para cezası 2009 yılı için 69 TL uygulanır. Yasakların uygulanması ve tedbirlerin alınması ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyen işletme sorumluları, işletme izni veren kurum tarafından yazılı olarak uyarılır. Uyarıya rağmen verilen sürede

yükümlülüklerini yerine getirmeyenler, belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında mahalli mülki amir tarafından 2009 yılı için 560 TL'den 5600 TL'ye kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Tütün ürünleriyle ilgili izmarit, paket, ağızlık, kâğıt ve benzeri atıkları çevreye atanlara Kabahatler Kanununun 41. maddesi gereği belediye zabıta görevlilerince idari para cezası 2009 yılı için 25 TL uygulanır. Kamu binalarında, işletmelerde v.b. tütün yasağı konusunda uyarıları görünen yerlere asma zorunluluğu bulunmaktadır. Gerekli uyarı yazılarını uygun şekilde asmayanlar mahalli mülki amir tarafından 2009 yılı için 1120 TL idari para cezası ile cezalandırılır (S.B. Dumansız Hava Sahası Uygulama Rehberi, 2009: 14-19).

Kanunla hiçbir şekilde kapalı alanlarda sigara içilmemesi zorunluluğu getirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tütünün zararlarına dikkat çekmek için 31 Mayıs gününü "Dünya Tütünsüz Günü" ilan etmiştir. Medyada yapılan reklamlar büyük ses getirmiş, sağlık bakanlığı tarafından konuyla ilgili ücretsiz broşlar, koku tabletleri v.b. dağıtılmıştır.

1.5.3.6. Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı (ÇPGD)

İnsanın yaşam boyu bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı, beyninin gelişimiyle yakından ilişkilidir. Beyin gelişimi büyük oranda gebelik döneminde ve yaşamın ilk beş yılında oluşur. Bu dönemde beyin, dramatik bir hızla milyarlarca nöronun ve nöronlar arasında yüzlerce trilyon sinapsın oluşması ile büyür. Bu büyümenin anlamı, dünyayı algılayabilmek, düşünebilmek, hissedebilmek, hareket edebilmek ve belli şekillerde davranabilmek amacıyla kompleks bir komuta merkezinin gelişmesidir. Toplumların globalleşen dünyada diğer toplumlara göre pozisyonunu, bireylerinin beceri düzeyleri ve kapasiteleri belirleyecektir. Bireylerinin yaşam boyu sağlığını korumak, daha yetenekli, zeki, başarılı ve kapasiteli bireyler yetiştirmek, artan şiddet ve suçluluğu azaltmak, sosyoekonomik eşitsizlikleri makul düzeylere indirmek için toplum öncelikle, beynin hızlı gelişim döneminin önemini fark etmeli ve bu dönemde çocuklarının gelişimini desteklemelidir (www.rsm.gov.tr).

Bu ve bunun gibi nedenlerden dolayı 2007'de Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı birinci basamak sağlık hizmetleri içine çocuğun

ruhsal ve sosyal gelişimini izleme ve destekleme boyutları entegre edilerek, gebe ve çocuğun birinci basamakta biyopsikososyal bakış açısı ile izlenmesini amaçlamıştır. Program entegre edilmiş ve uygulanmaktadır.

1.5.3.7. El Hijyeni Programı

Hastane enfeksiyonları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı problemidir. Hastane enfeksiyonlarının yaklaşık % 30-40'ı önlenebilir. Dünya Sağlık Örgütü yayınlarında, el hijyeninin ana önlem olduğu vurgulanmaktadır. El hijyeni programı sadece çalışanlara bunu yaptırmanın yanı sıra bir kurum kültürü ve davranış değişikliği yaratmaktadır (Atasoy ve Aksoy; 2010: 54). Ayrıca sadece kurumda çalışanların değil kuruma hizmet almak için gelen herkeste böyle bir davranış değişikliği yaratmaya çalışılmaktadır.

Kalite çalışmaları kapsamında da tüm hastanelerde DSÖ'nün çok modelli el hijyeni programı uygulanmaktadır. Kalite çalışmaları kapsamında tüm lavabolarda sıvı el sabunu ve kağıt havlu bulundurma zorunluluğu vardır, yine her lavaboda 5 An kuralı dediğimiz 5 adımda ellerin nasıl yıkanması gerektiğini gösteren kartlar bulunmaktadır. Hastane koridorlarında hekimin hastayla temasının söz konusu olduğu her yerde alkol bazlı el antiseptikleri bulunmaktadır. Bahs ettiğimiz her şey bütün poliklinik odalarındaki lavabolarda da bulunmaktadır. El hijyeni programı çerçevesinde çalışanlara sürekli konu hakkında eğitimler verilmekte, her ay enfeksiyon hemşireleri hekimleri ve sağlık personelinin gözlem altına almakta ve 5 An kuralını yerine getirip getirmediğini kayıt altına almaktadır. Hastane bilgi sistemlerine bilgisayar kullanıcılarının pencerelerine günün değişik saatlerinde "Elinizi Yıkadınız mı?" uyarısı gelmektedir.

1.5.3.8. Organ ve Doku Nakli Merkezleri ve Bağış Birimlerinin Kurulması

01/02/2012 tarih ve 28191 sayılı resmi gazetede yayınlanan Organ ve Doku Hizmetleri Yönetmeliğine göre kurulmakta ve çalışılmaktadır. Bu Yönetmeliğin amacı; tedavisi doku veya organ nakli ile mümkün olan hastaların hayatını sürdürmesine yönelik nakilleri gerçekleştirecek organ ve doku nakli merkezlerinin, organ ve doku kaynağı merkezlerinin ve doku tipleme laboratuvarlarının açılması,

alışması ve denetimi ile organ ve doku nakli hizmetlerinin yürütülmesinde uyulması gereken usul ve esasları belirlemektir.

Organ ve doku nakli merkezleri, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek veya tüzel kişiler tarafından, bunlara ait genel ve özel hastaneler bünyesinde bir ünite biçiminde kurulabilir. Gz bankaları, yalnızca Bakanlık hastaneleri ve Devlet niversitesi hastaneleri bünyesinde kurulabilir. Bu Yönetmelikte belirtilen, organ ve doku nakli merkezleri ve bu hizmetlere yönelik faaliyet gösterecek diğer hizmet birimleri, Bakanlıkça belirlenen usule uygun olarak başvuru yapıp Bakanlıkça düzenlenecek ruhsat ve/veya faaliyet izin belgesi alınarak açılır.

Bakanlıkın Organ bağışı ve nakli ile ilgili Ulusal Koordinasyon Merkezi bulunmaktadır. Bölgelerin yapısına ve byklgne göre Bölge Koordinasyon Merkezleri bulunmaktadır. Merkezler birbiri ile koordineli çalışmaktadırlar. Bakanlıkça Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi (TODS) oluşturulmuştur. Bu sistem, ülke genelinde tüm organ ve doku bağışları ile nakil bekleyen hasta bilgilerini, verici kayıtlarını ve gerçekleşen nakillere ait alıcı ve verici izlem bilgilerini içeren veri tabanı sistemidir. Organ ve doku nakli merkezleri ellerindeki bütün bilgileri bu sisteme girmek zorundadır.

Hastanelerde ise, 3. basamak yoğun bakım hizmeti olan hastaneler bünyelerinde “Organ Bağış Birimi” kurmak zorundadırlar. Bu birimler çeşitli denetimlere tabi oldukları gibi Hizmet Kalite Standartları çerçevesinde de değerlendirmeye tabi tutulur. İlgili birimler ve merkezler kurulması ile ülkemizde organ bağışı sayısı giderek artmaktadır. Kısa zamanda bu alanda da önemli gelişmeler kat edilmiştir. Aşağıdaki tabloda yıllara göre yapılan nakil sayıları verilmektedir.

Tablo 4**Yıllara Göre Organ Nakli Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye**

| Nakiller | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Böbrek | 605 | 775 | 926 | 949 | 1302 | 1665 | 2362 | 2502 | 2923 |
| Karaciğer | 174 | 245 | 324 | 319 | 473 | 602 | 592 | 695 | 904 |
| Kalp | 23 | 33 | 36 | 45 | 61 | 50 | 54 | 86 | 93 |
| Kalp Kapakçığı | 24 | 7 | 19 | 25 | 159 | 29 | 38 | 18 | 1 |
| Akciğer | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 7 | 3 | 5 |
| Kalp- Akciğer | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Pankreas | 9 | 37 | 13 | 7 | 9 | 10 | 18 | 29 | 26 |
| İnce Bağırsak | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 |
| Toplam | 836 | 1100 | 1319 | 1345 | 2009 | 2362 | 3072 | 3336 | 3953 |

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011

1.5.3.9. Hastanelerde Ulusal Kodların Kullanılması

Sağlık kuruluşlarında “Hasta ve Çalışan Güvenliği” kapsamında hayati önem taşıyan çalışmalardan biri de Kod Yönetim Sistemidir. Kod sistemi 29/04/2009 tarih 37214 sayılı resmi gazetede yayınlanan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ ile yayınlanmış olup, 06/04/2011 tarih ve 27897 sayılı resmi gazetede “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” le yayınlanarak karara bağlanmıştır. Bu tebliğ ve yönetmeliğin amacı; sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta ve çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına ilişkin hususları belirlemektir. Ayrıca hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılmasına, hasta ve çalışanların

sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir.

Bu çerçevede kullanılan kodlar renklerle tanımlanmaktadır. Kodlar; Mavi, Pembe ve Beyaz Koddur.

1.5.3.9.1. Mavi Kod (Temel Yaşam Desteğinin Güvence Altına Alınması)

Mavi kod uygulaması temel yaşam fonksiyonları (solunum, dolaşım) risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalelerin yani Cardio Pulmoner Resusitasyon (CPR)' un yapılabilmesi için gerçekleştirilir. Bu amaçla sağlık kuruluşlarında (hastaneler, Ağız Diş Merkezleri v.b.) tabip, hemşire, anestezi teknisyeni, hizmetli ve güvenlik görevlisinden oluşan beş kişilik bir ekip kurulur. Mavi kod ekibi, mesai içi ve mesai sonrası olmak üzere iki ayrı ekip olarak oluşturulur ve kesintisiz hizmet vermeleri sağlanır. Mesai saatlerinde; anestezi, kardiyoloji, nöroloji, göğüs hastalıkları, dâhiliye, genel cerrahi uzmanlarından biri veya bu branşların bulunmadığı yerlerde, idare tarafından görevlendirilen bir tabip ekip lideri olur. Hastanedeki tüm tabiplerin ve ekipte görevli diğer sağlık personelinin CPR eğitimi alması sağlanır.

Hastanedeki tüm çalışanlara da mavi kod eğitimi verilir, eğitimde temel yaşam fonksiyonları risk altında olan ya da durmuş olan kişiler için hastanede mavi kodun nasıl verileceği, önemi anlatılır. Önceden hastanelerde, her hastanenin kendine özgü bir kod numarası kullanmaktaydı, şimdi ise kod numaraları standartlaştırılarak ulusal hale getirildi. Şimdi hastanelerde mavi kod **2222** numarası ile ya anons sistemi, ya telefonla haberdar etme sistemi, ya da mavi kod ekibinde bulunan peyjir cihazlarına uyarı gönderilmesi ile sağlanmaktadır. Uyarıyı alan ekip en az 3 dakika içerisinde mavi kod verilen hastanın başına gelmeli ve derhal işleme başlamalıdır. Hastanelerde mavi kodla ilgili eğitim ve tatbikat yapma zorunludur. Hizmet Kalite Standartları değerlendirmelerinde hastanelerin mavi kod, eğitimleri, tatbikatları ve gerçekleşmiş mavi kodları detaylı incelenmektedir. Değerlendirme esnasında hastanenin herhangi bir yerinde mavi kod verilerek ekiplerin kod verilen yere ulaşma zamanı da test edilerek etkinliği ölçülmektedir.

1.5.3.9.2. Pembe Kod (Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması)

Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması); Yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “pembe kod” uygulaması gerçekleştirilir. Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için hastane müdürünün sorumluluğunda başhemşire veya başhemşire yardımcısı, servis hemşiresi, teknik servis elemanı, güvenlik amiri ve güvenlik elemanlarından oluşan bir ekip kurulur. Ekip üyelerinin görev tanımları sağlık kurum veya kuruluşu yönetimince yapılır ve ekibe tatbikat yoluyla gerekli eğitim verilir. Pembe Kod her sağlık kuruluşunda kullanılmaz, pediatrik ve çocuk hastaları olmayan sağlık kuruluşlarında pembe kodun kullanılması zorunluluğu yoktur. Anne ve babası ayrı ya da ailevi sorunları olduğuna dair bilgi verilmiş bebeklerin farkındalığının ortaya konulması ve takibi için anne, hemşire bankosuna yakın bir odada yatırılır ve bebeğin farkındalığını ortaya koyacak ve sadece hemşireler tarafından fark edilecek bir belirteç oluşturulur.

Bunun yanında tıpkı mavi koda olduğu gibi tüm hastaneye pembe kod eğitimi verir. Seçilen uyarı sistemi ile ulusal pembe kod numarası **3333** belirtilerek sistem çalıştırılır. Bütün kodlar Hizmet Kalite Standartları değerlendirmesi sürecinde eğitimleri, tatbikatları, gerçekleşen olayları, olay yerine ulaşma zamanları kontrol edilir.

1.5.3.9.3. Beyaz Kod (Çalışanlar İçin Güvenlik Tedbirleri)

Çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması için yapılacak işlemlerden oluşmaktadır. Sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, fiziksel saldırılara karşı gerekli tedbirler alınır ve prensipler belirlenir. Her türlü şiddete müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulur. Özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın şikâyetlerini değerlendirecek ve üst yönetimin desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılır.

Bu nedenle Sağlık Bakanlığı; hastanelerde ve bazı merkezlerde tıpkı hasta hakları gibi, “Çalışan Güvenliği ve Hakları Birimi” kurmuştur. Bu birimler beyaz

kod kayıtlarını bünyelerinde tutarak takiplerini yapıp, il sağlık müdürlüklerine bildirim yaparlar, bunun yanında bakanlığın beyaz kodla ilgili internet adresine de (www.beyazkod.saglik.gov.tr) meydana gelmiş beyaz kod vakalarının girişlerini yaparlar. Çalışanlar bu birimden kendi haklarını korumak amacıyla da yardım alırlar. Bakanlık ayrıca çalışana karşı yapılmış her türlü şiddetin şikayetini almak üzere 113 Beyaz kod hattını kurmuştur. Kurumlarda beyaz kod numarası **1111**'dir.

1.5.3.10. Akılcı İlaç Kullanımı

Sağlık Bakanlığı bilinçsiz ilaç tüketimini önlemek, ilaç israfının önüne geçmek için “akılcı ilaç kullanımı” sistemini geliştirmiştir. Hekimler istedikleri kadar ilaç reçete edebilmektedir, fakat SGK bir kerede dört kalem ilaçtan fazlasını (rapor ettirilmiş ilaç, özel mazeret vb. dışında) ödememektedir. Hastanelerde ve aile hekimliğinde kullandığı bilgisayar sistemleri ile ilgili hastalığa göre ilaç yazılması mecburi kılınmıştır. Hastanelerde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili broşür, tanıtım afişlerini bulundurmamak mecburi kılınmıştır. Hizmet kalite standartlarında akılcı ilaç kullanımı standardı bulunmakta ve değerlendirmelerde sorgulanmaktadır. Vatandaşın da ellerindeki miladı geçmeyen ilaçları sağlık kuruluşuna getirmeleri sağlanmıştır.

1.5.3.11. Sağlık Alanında Yapılan Yatırım ve Harcamalar

Daha öncede değindiğimiz gibi bir ülkenin sağlık durumunun ne seviyede olduğunu belirleyen göstergelerin en önemlilerinden biri bebek ölüm oranıdır. Çelik 2011'de yaptığı çalışmasında sağlık harcamalarıyla bebek ölüm oranı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmasının sonucunda, yüksek gelirli ülkelerin en düşük bebek ölüm oranı ve doğumda beklenen yaşam süresi ve kişi başına sağlık harcaması en yüksek olan ülke grubu olduğu görülmektedir. Çok borçlu fakir ülkeler ve düşük gelirli ülkelerde ise sağlık statüsü göstergelerinin son derece kötü olduğu (doğumda beklenen yaşam süreleri düşük, bebek ölüm oranları yüksek) gibi kişi başı sağlık harcamaları da en düşük düzeydedir (20-30 ABD \$). Ayrıca kişi başına düşen sağlık harcamaları ile iyi sağlık statüsü göstergeleri arasında önemli bir ilişkinin olduğuna işaret etmektedir (Çelik, 2011: 69- 72).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, sağlık alanında önemli yatırımlar yapılmıştır. Yeni hastane binaları hizmete açılmış. Dal hastaneleri faaliyete girmiştir. Organ

Bağış ve Nakil Merkezleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri, Fizik tedavi, Diyaliz ve daha çoğaltabileceğimiz merkezler yapılmıştır. Eksiklikler tam giderilmiş olmasa da çok sayıda personel alınmıştır. Ülkemizdeki kaplıcalardan yararlanma yoluna gidilerek yeni yatırımlar yapılmış ve yapılmaktadır.

Ayrıca bakanlığımız dokuz şehirde on adet yap-kirala devret olarak özetlenen modele göre kamu- özel ortaklığı ile işletilecek “Sağlık Kampüsleri” kurulmasını planlamaktadır. Kampüslerin geniş alanlara kurulacağı ve yatak sayısının fazla olacağı belirtiliyor. Ayrıca, sağlık kampüsleri’ni inşa eden yatırımcılar ihale dokümanında belirtilen şartlara uygun olarak otopark, otel, banka şubesi, restoran, kafeterya, konferans ve kültür merkezi, internet ve iletişim merkezi, eczane, yaşlı bakım evi, kreş, personel servisi, taksi hizmetleri ve benzeri ulaştırma hizmetleri, zayıflama ve diyet merkezi gibi ön proje ile belirlenecek, sağlık konsepti ile uyumlu alanlar işletebileceklerdir (Yamanoğlu, 2012: 13). Aşağıdaki tablolarda genel olarak sağlık harcamalarının ne oranda değişim gösterdiği görülebilmektedir.

Tablo 5
Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcaması

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Toplam sağlık harcaması | | | | | | | | | | |
| Milyon TL | 4 985 | 8 248 | 12 396 | 18 774 | 24 279 | 30 021 | 35 359 | 44 069 | 50 904 | 57 740 |
| Milyon ABD Doları | 11 790 | 13 140 | 10 052 | 12 389 | 16 159 | 20 975 | 26 205 | 30 599 | 38 864 | 44 364 |
| Kişi başı sağlık harcaması | | | | | | | | | | |
| Türk Lirası (TL) | 79 | 128 | 190 | 284 | 363 | 443 | 516 | 635 | 725 | 812 |
| ABD Doları | 186 | 204 | 154 | 188 | 242 | 310 | 382 | 441 | 553 | 624 |
| Toplam sağlık harcamasının, gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%) | 4,8 | 4,9 | 5,2 | 5,4 | 5,3 | 5,4 | 5,4 | 5,8 | 6,0 | 6,1 |
| Kamu sağlık harcamasının, toplam sağlık harcamasına oranı (%) | 61,1 | 62,9 | 68,1 | 70,7 | 71,9 | 71,2 | 67,8 | 68,3 | 67,8 | 73,0 |
| Hanehalkı sağlık harcamasının, toplam sağlık harcamasına oranı (%) | 29,1 | 27,6 | 22,8 | 19,8 | 18,5 | 19,2 | 22,8 | 22,0 | 21,8 | 17,4 |

Kaynak: TÜİK

Tablo 6
Sağlık Harcamaları, 2008

| Harcama Kalemleri | Genel Devlet | | | | | Özel Sektör | | |
|--|--------------|--------|----------------|--------------|-----------------|-------------|---------------|-------|
| | Genel Toplam | Toplam | Merkezi Devlet | Yerel Devlet | Sosyal Güvenlik | Toplam | Hane Halkları | Diğer |
| Toplam Sağlık Harcaması | 57740 | 42159 | 15948 | 865 | 25346 | 15580 | 10036 | 5545 |
| Cari Sağlık Harcaması | 52320 | 38033 | 13563 | 422 | 2404 | 14286 | 10036 | 4251 |
| Hastaneler | 22984 | 20906 | 8163 | 88 | 1265 | 2078 | 1304 | 775 |
| Evde Hemşirelik Bakımı | 2 | - | - | - | - | 2 | - | 2 |
| Ayakta Bakım Sunanlar | 7762 | 2532 | 2375 | 157 | - | 5230 | 3658 | 1572 |
| Perakende Satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar | 17608 | 13819 | 2380 | 46 | 1139 | 3789 | 3482 | 307 |
| Halk Sağlığı Programlarının sunumu ve yönetimi | 395 | 369 | 332 | 37 | - | 26 | - | 26 |
| Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta | 459 | - | - | - | - | 459 | - | 459 |
| Sınıflandırılmayan Diğer Kategori | 3110 | 408 | 313 | 94 | - | 2702 | 1593 | 1110 |
| Yatırım | 5420 | 4126 | 2386 | 443 | 1298 | 1294 | - | 1294 |

Kaynak: TÜİK

1.5.4.SAĞLIK ALANINDA YAPILAN DİĞER DEĞİŞİKLİK VE GELİŞMELER

1.5.4.1. Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Programı

Sağlık Bakanlığı konu ile ilgili bulunmakla birlikte çalışmalarına 2005'te hız vermiş ve yeni kurulan birimlerle çalışmalar desteklenmiştir. Avrupa Birliği çalışmaları içerisinde de desteklenmiş program için, bakanlıkta Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışan Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı bulunmaktadır. Daire başkanlığı konu hakkında planlama, denetleme işlerini izlemekte, istatistikleri ve raporlamayı yapmaktadır. Türkiye'nin her yerindeki, sağlık müdürlükleri akıl ve ruh sağlığı şube müdürlükleri, konu ile ilgili tüm çalışmaları koordine eder. Alkol Dışı Madde Bağımlılığı ile Mücadele ve Kontrol şube Müdürlüğü ve Alkol ile Mücadele ve Kontrol şube Müdürlüğü yine tedavi hizmetleri bünyesinde çalışan diğer önemli birimlerdir.

Yine sağlık bakanlığı bünyesinde İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Uyuşturucu ve Psikotrop Maddeler Daire Başkanlığı bu konuda denetimleri yürütmekte, kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçların takibini yapmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2011: 20).

Konuyla ilgili çalışmalar Sağlık Müdürlüklerinde Akıl ve Ruh Sağlığı Şube Müdürlüklerinde yapılmaktadır. Müdürlüğe başvuran kullanıcılara yol gösterilmekte, istedikleri takdirde hemen tedavileri başlatılmaktadır. Tedavi sonrasında da takipleri yapılmaktadır. Eğer kişinin bağımlılık durumu ilerlemiş ve bulunulan il bazında hal edilmeyecek bir durumda ise, daha ileri tekniklerin ve cihazların kullanıldığı illerdeki hastanelere ve merkezlere ulaştırılmasında destek olunmaktadır. Bağımlı kişileri topluma kazandırmak amacı ile de tedavilerinden sonra yol gösterici olunmakta ve desteklenmektedirler. Ülkemizde konu ile ilgili önemli başarılar elde edilmiştir. Tütün ve bağımlılık yapıcı madde kullanımının Avrupa ülkeleriyle karşılaştırılması aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 7. Sağlık Bakanlığı Tarafından Yapılan 2003 Saha Çalışmasının Sonuçlarının Avrupa Ülkeleri Sonuçları İle Karşılaştırılması

| | Avr.Ülk. | Türkiye |
|--|----------|---------|
| Son 1 yılda en az bir kez alkol alımı | % 83 | % 35 |
| En az bir kez sigara içme oranı | % 66 | % 50 |
| Son 30 günde sigara içme oranı | % 35 | % 18 |
| En az bir kez esrar kullanımı | % 21 | % 4 |
| Yasa dışı bağımlılık yapıcı ilaç kullanımı | % 6 | % 3 |
| Alkol ile birlikte hap kullanımı | % 7 | % 2 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetlerinde Madde Bağımlılığı Önleme Çalışmaları, 2011: 28.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı “Alo 171 Sigarayı Bıraktırma” hattını kullanıma açmıştır. Bu numara ücretsiz olarak aranarak kişi sigara bırakma konusunda doğru bir şekilde bilgilendirilmektedir. Kişilerin kendi kendine sigarayı bırakmaya çalışmaları zor olabilmekte ve tekrar başlangıçlar yapabilmektedirler. Alo 171 sayesinde doğru bilgilendirilip, ilgili bölümlere yönlendirilerek gerçekçi yöntemlerle sigaranın bırakılması ve tekrar başlanılmaması sağlanabilmektedir.

1.5.4.2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması

Türkiye’de ruh sağlığı alanındaki hizmetlerin bin yılı aşan bir geçmişi bulunmaktadır. Bu geçmişte Anadolu’da akıl hastanesi olarak düzenlenmiş köylerden, İstanbul gibi şehirlerde külliyelerin bir parçası olan akıl hastanelerine kadar bir çok örnekten bahsedilebilir. Öte yandan yirminci yüzyıl boyunca psikiyatri alanındaki hizmetlerin kalitesindeki düşüş ve kronik kapasite yetersizliği ile bağlantılı bir dizi skandalla karşı karşıya kalınmıştır. Türkiye Cumhuriyeti’nin neredeyse yüz yıl önceki kuruluşundan bu yana topluma dayalı ruh sağlığı hizmetlerine hemen hiç rastlanmamış olup, öte yandan hastanelerin bu konudaki kaynaklarının da son derece sınırlı olduğu gözlemlenmiştir. Yakın dönemde derlenen verilere göre, ülkenin tümünde bu alandaki yatak kapasitesi 6.000 civarında olup, bunun 4.000’i ülkenin sekiz psikiyatri hastanesinde toplanmıştır. Kalan yatak

kapasitesi ise diğer hastanelerin psikiyatri servislerinde yer almaktadır (Knapp ve ark.; 2007'den aktaran Carter ve diğerleri). Bu sınırlı kapasitenin sonuçları arasında aslında önlenebilecek kişisel sıkıntıların önüne geçilememesi, aile düzeyinde karşılaşılan maliyetler ve Türk toplumunun geneli açısından iktisadi boyutta ve diğer boyutlarda ortaya çıkan yükler sayılabilir. Ancak 2011 yılında Sağlık Bakanlığı, 2015 yılına kadar 240 Toplum Ruh Sağlığı Merkezinin (TRSM) kurulacağına ilişkin planlarını kamuoyu ile paylaşmıştır. Bunların ülke genelinde ruh sağlığı standartlarında gelişme kaydedilmesine katkıda bulunması ve hem şiddetli hem de daha sık rastlanan ruh ve sinir hastalıklarına yönelik toplumdaki önyargıların giderilmesine yardımcı olması beklenmektedir (Carter ve diğerleri; 2012:7). Merkezlerde kişilere poliklinik hizmetleri yanında, resim, takı, örgü kursları, kitap okuma saatleri ve müzikle tedavi hizmetleri verilmektedir.

1.5.4.3. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı tarafından 2009'da kurulan bir birim olup il sağlık müdürlüklerinde birimler kurulmuştur. Evde yatalak hastaların (yürüyemeyecek durumda olan felçli hastalar, kalça kırığı olanlar, belli bir yaşın üstünde hareket yeteneği kısıtlı olanların), birimin yönlendirdiği sağlık ekipleri tarafından bakımları yapılır. Hastaların evleri ve sağlık kurumları arasındaki gidiş dönüşlerini ayarlanarak ulaşımları sağlanır. Hastanelerde de düzenli olarak çalışan “evde sağlık bakım hizmetleri ” birimleri kurulmuştur. Hastaneler kendilerine kayıtlı hastaların evdeki takipleri, yönlendirme ve gerekli durumlarda hastanelere ulaşımlarını sağlamaktadırlar. Hastanelerde bu birimlerin kurulması ile başvurular Sağlık Müdürlüklerine yapılmakta ve başvuru müdürlükten uygun görülen hastaneye yönlendirilmektedir.

1.5.4.4. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM)

Haziran 2008'de il sağlık müdürlüklerinde ve belli hastanelerde kurulmuştur. Kanser konusunda eğitimler veriler halk bilinçlendirilir, kanserli hastaların istatistiği tutulur, hastalar yönlendirilerek tedavilerinin yapılması sağlanır. Sigarayı bıraktırma polikliniklerinden ücretsiz sigara bırakmak için kullanılan ilaçlar temin edilerek

sigaranın bırakılması konusunda ciddi katkıları bulunmaktadır. Ayrıca başvurulara göre kadınların simir testleri, mamografi çekimleri yapılarak, yönlendirmeleri yapılır.

1.5.4.5. Acil Serviste Krize Müdahale Programı

Acil servislere intihar girişimiyle gelen ve hayatta kalanlara, hastanenin psikiyatrisi ve psikoloğu tarafından, kişi kendine geldiğinde müdahale edilir ve takipleri iyileşene kadar yapılır. Bu konuda istatistikler tutulup değerlendirmeye alınır.

1.5.4.6. Obezite ile Mücadele Programı

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi, olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama % 15- 20'sini, kadınlarda ise % 25-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranın % 25 kadınlarda ise % 30'un üzerine çıkması durumunda obezite söz konusudur. Obezite sadece kişinin görüntü olarak kötü görünmesinden ziyade bir çok hastalığa da neden olmaktadır. Obezite vücut sistemleri (endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, deri, genitouriner sistem, kas iskelet sistemi) ve psikososyal durum üzerinde yarattığı olumsuz etkilerden dolayı çeşitli sağlık sorunlarına neden olur. Obezitenin çeşitli hastalıklarla ilişkisi bilinmekte ve fazla kilolu olma Avrupa bölgesinde her yıl bir milyondan fazla ölümün ve hasta olarak geçirilen on iki milyon yaşam yılının sorumlusudur (S.B. Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı, 2011: 17-19)

Bu nedenlerden dolayı obeziteden korunma büyük önem taşımakta ve çocukluktan itibaren obeziteden korunmaya çalışılmalıdır. Sağlık Bakanlığı Obeziteyle Mücadele kapsamında Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programını başlatmıştır. Program dahilinde televizyonlarda obezite ve hareketli yaşamla ilgili bilgilendirme reklamları yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde ise Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı bulunmakta olup, konuyla ilgili tüm iş ve işlemler bu daire başkanlığı tarafından yürütülmektedir.

1.5.4.7. Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023

Türkiye ilaç sektörünün dünya ölçeğinde ilaç Ar-Ge'si ve üretimi yapması, ihracatını artırması, bölgesel bir merkez haline gelmesi, hükümetin ve sektörün ortak arzusu olarak somutlaşmaktadır. “2 Kasım 2011 tarihli Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri hakkında Kanun Hükmünde Kararname” (KHK) uyarınca, Sağlık Bakanlığı Türkiye ilaç ve sağlık sektörünün gelişimini ve globalleşmesini güçlü bir şekilde destekleyecek, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecek şekilde yeniden örgütlendi. Sağlık Bakanlığı teşkilat ve görevleri hakkındaki 663 sayılı çıkan KHK'nin;

a) 27. md. J) bendi, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından ulusal veya uluslar arası, kamu kurumları ve üniversiteler ile özel kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapılması ve müşterek çalışmaların yürütülmesini;

b) 49. md.) Türkiye'nin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbi teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla, Serbest Bölgeler Kanunu hükümleri çerçevesinde, sağlık serbest bölgelerinin kurulması ve yönetilmesine ilişkin usul ve esasların Sağlık Bakanlığınca belirlenmesini;

c) 50. md.) Sağlık Bakanlığının ileri teknoloji gerektirenler başta olmak üzere, ülkenin sağlık sektöründeki tıbbi cihaz, ürün, hizmet ve ilaç sanayisinin geliştirilmesine ve desteklenmesine yönelik politikaları ve teşvikleri belirlemesi ve uygulamasını öngörmektedir.

Sağlık Bakanlığı ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun üstlendiği yeni rolün yanı sıra, ilaç sektörü açısından iki önemli ve olumlu gelişme yaşanmaktadır. Birincisi; Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığımızca “Türkiye İlaç Sektörü Stratejisi” çalışması başlatılmıştır. İkincisi; Ekonomi Bakanlığı tarafından da nisan ayında açıklanan Teşvik Paketinde ilaç sektöründe biyoteknolojik ürünler, kan ürünleri ve onkolojik ürünlerin öncelikli yatırım alanı olarak seçilmesi bir başka önemli gelişmedir (Berkman; 2012: 28).

Belirtilen gelişmelerin yanı sıra 2012 Lösemili Çocuklar Haftası etkinlikleri kapsamında Hacettepe ile birlikte Ankara evinde gerçekleştirilen basın Toplantısında Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ, Türkiye’de bu hastalıkların tedavisinde finansal sürdürülebilirliği sağladıklarını, bulunamayan lösemi ilaçlarına ilişkin açıklama yaparak, “Bulanamayan 1-2 ilaç oldu ve bu mesele Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı ve Türk Eczacılar Birliğinin ortak çalışmasıyla çözüldü. Bunun asıl çözümü bunları Türkiye’de üretmek. Biz bazı firmalarla irtibata geçtik. Bu ilaçların üretimini Türkiye’de yapmaları için önlerini açtık. Hacettepe üniversitesi ile işbirliği içinde Teknokent’te bu ilaçların üretimine başlayacağımızı ” belirtmiştir. Üretimi yapılacak ilaçların ihtiyaca göre yapılacağını ve belirli bir kotasının olmadığını dile getirmiştir (Sağlık ve İnsan; 2012: 38).

Aynı zamanda yine bir kan hastalığı olan “hemofili” için hastanelerde özellikle hematoloji üniteleri kurulup, hematoloji uzmanları ve özel hematoloji hemşireleri çalıştırılacak. Ülkemizde 6 bin civarında hemofili hastası bulunmakta ve bunlardan 3 bin 200’ü 18 yaşın altında. İyi tedavi edilmeyen hastalarsa kalıcı eklem sakatlıkları nedeniyle engelli bireyler haline gelebiliyor (Zülfikar, 2012: 12). Bu nedenle hastaların doğru zamanda doğru yerde tedavilerini, bakımlarını sürdürebilmesi kontrollerini yapabilmesi hemofili ünitelerinin kurulmasıyla sağlanacaktır.

1.5.4.8. Sürücü Davranışları Geliştirme Programı

Alkollü bir şekilde ikinci defa trafik suçundan ehliyetine el konmuş kişilere il sağlık müdürlüklerinin akıl ruh sağlığı şubesi tarafının öncülüğünde haftada bir gün olmak üzere ayda dört kez eğitim verilir. Eğitimlerin sonunda kişi bir psikiyatrist, bir psikolog, bir pratisyen hekim ve emniyetin görevlendirdiği bir emniyet yetkilisi tarafından sınava tabi tutularak ehliyetinin tekrar verilip verilmemesine karar verilir.

1.5.4.9. Sağlık Bakanlığı Telefon Hizmetleri

Sağlık Bakanlığının sağlıkta dönüşüm programı ile, ilgili sıkıntımıza dair iletişime geçeceğimiz hatları bulunmaktadır. Bu hatlar 182; Merkezi Randevu Hattı, 171; Sigara Bıraktırma Hattı, 113 Beyaz Kod Hattı, 184 SABİM Sağlık Bakanlığı

Halkla İlişkiler, İletişim Hattı; Başbakanlık İletişim Merkezi, 150 BİMER; 114 Zehirlenme Vakalarını Bildirim;

Bunların dışında online Sağlık Bakanlığı Bilgi Edinme web sayfası bulunmaktadır. Bu sayfadan yararlanabilmek için, bireye kişisel bilgilerinin sorgulandığı bir sayfa gelir, kişi bilgilerini girip kayıt ettikten sonra bilgi edinmeden yararlanır. Ayrıca elektronik Belge Sistemi bulunmaktadır.

1.5.4.9.1. 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)

SABİM; sağlık sisteminde, yaşanan sorunların yerinde ve eş zamanlı tespiti, sorunun çözümünde etkin olacak mekanizmaların ivedilikle harekete geçirilmesi suretiyle özdenetimi sağlamaktadır. Bu uygulama hızlı ve etkili çözüme ulaşmanın en ekonomik yoludur. Ekonomiktir; çünkü sorunların teşkilatın en üst noktasına kadar ulaşmasında ne zaman kaybı ne de enformasyon kaybı yaşanmamaktadır.

Sistemin herhangi bir aşamasında yaşanan bir sorunun, 184 SABİM hattının aranması veya şahsen birime başvuru yapılması ile özdenetim mekanizması harekete geçmektedir. SABİM operatörleri tarafından kayıt altına alınan başvuru, SABİM Çözümleyicilerince değerlendirilerek, ilgili illere sevk edilmektedir. İllerdeki Sabim Çözümleyicileri tarafından da nesnellik ilkesinden ödün verilmeden, mercek altına alınmakta, en hızlı ve en doğru şekilde çözümlendirilmektedir (www.saglik.gov.tr).

1.5.4.9.2. 150 BİMER (Başbakanlık Halkla İlişkiler ve İletişim Hattı)

Sağlık bakanlığından ziyade Başbakanlık iletişim hattıdır, ancak sağlıkla ilgili her türlü şikayet öneri ve dilekler de hatta sunulmakta ve geri dönüş yapılmaktadır. Bakıldığında en çok sağlıkla ilgili konular hakkında BİMER'in arandığı bilinmektedir.

BİMER, bilişim ve iletişim teknolojileri kullanılarak hayata geçirilen bir halkla ilişkiler uygulamasıdır. BİMER ile oluşturulan sistem sayesinde vatandaş ile devlet arasındaki iletişimin hızlı ve aktif bir şekilde gerçekleşmesine imkan sağlanmıştır. BİMER uygulaması kapsamında Kaymakamlık, Valilik ve Bakanlıkların tümünde "Halkla İlişkiler Müracaat Büroları" kurulmuştur. Ancak "Alo 150" hattını

cevaplamak üzere sadece valiliklerimizde çağrı merkezleri bulunmaktadır. Kaymakamlık ve Bakanlıklar'a "Alo 150" hattı üzerinden ulaşılamaz. "Alo 150" numarası herhangi bir ilimizden arandığında o ilin valiliğindeki halkla ilişkiler görevlisi telefonu açar. Başbakanlık web sayfası linkinden telefonla arayan vatandaşın kişisel bilgilerini ve müracaatının konusu ve detaylarını kaydeder. Daha sonra bu müracaat Valilik' teki yetkili tarafından Kaymakamlık, İl Müdürlüğü veya Bölge Müdürlüğü'ne sistem üzerinden gönderilir ve sonuçlandıktan sonra müracaat sahibine cevap verilir (bimerapplication.basbakanlik.gov.tr). Bu sistem Sağlık Bakanlığı sistemi değil Başbakanlık sistemidir, fakat sağlıkla ilgili sorunlar için de aranmakta ve cevaplandırılmaktadır.

2. BÖLÜM

TÜRKİYEDE 90'LI YILLARDAN GÜNÜMÜZE SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİMİN İDARİ TEKNİK VE KALİTE BAKIMINDAN ALGISI: DOĞU İLLERİ ÖRNEĞİ

2.1. Problem Durumu

Günümüzde her alanda hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Teknolojinin gelişimiyle birlikte insan gücüyle yapılan birçok etkinlik makinelerle yapılır olmuştur, insanlar her şeye kolay ulaşılabilir hale gelmiştir. Artık alışveriş bile sanal marketlerle tek tuşla yapılabilmektedir. İster üretim ister hizmet sektöründe olsun ulaşılabilirlik, herhangi bir sorunda muhatap bulunabilmesi, kalite arayışı her geçen gün yüksek bir ivmeyle devam etmektedir. Ortaya çıkan bu koşullar, insanda her alanda beklentiyi arttırmaktadır.

Tüm bu gelişmeler karşısında hiçbir örgüt tepkisiz kalmamaktadır. Değişim bir şekilde başlamakta ve hızlanmaktadır, hatta sektörler arasında etkileşime geçip birlikte ilerlemektedir. Bunca ilerleme karşısında insan hayatının en önemli, en çok sahip olmak istediği; “sağlık” konusunda da olumlu gelişmeler bir süreç şeklinde devam etmiş, özellikle 2000’li yıllardan sonra önemli değişimlerle devam etmiştir.

Sağlık alanında yaşanan değişimler konusunda az sayıda araştırma bulunmaktadır. Fazla geriye gitmemekle beraber, önceden her alanda olduğu gibi sağlık alanında da üretim ya da hizmeti arttırmak amacı ile çalışanlara iş yeri algıları, tükenmişlikleri çalışma koşullarının çalışana etkileri konusunda araştırmalar yapılmıştır. Şimdi ise; zaten sağlık kurumları için önemli olan insanın; sadece tedavi süreci değil, çalışanların kurumdaki memnuniyet durumlarının hastaya etkisi, hizmet alıcıların aldığı otelcilik hizmetleri, kurum yönetimlerinin kişilere yaklaşımı hastaların hakları sağlık kurumları için önemli hale gelmiştir. Bunlarla birlikte hastaların memnuniyetlerini ölçmek amacı ile anketler düzenlenmeye başlanmış, büyük çapta olmasa da hastaların değişim karşısındaki algıları ölçülmeye çalışılmıştır.

Daha çok konu hakkında Sağlık Bakanlığının kendi araştırmaları mevcut olmakla birlikte, her yıl kat edilen gelişmeler bakanlığın “İlerleme Raporu” adı altındaki kitapçıkta kat edilen ilerlemeler istatistiksel olarak da sunulmaktadır. Hastaların ve çalışanların memnuniyet düzeylerini ölçmek amacı ile çalışmalar yapılmış, konu hakkında yapılan diğer memnuniyet araştırmaları ile kıyaslamaya gidilerek kişilerin memnuniyet düzeylerinin değişimine bakılmıştır.

Bu çalışmada ise 2000 yılı öncesindeki sağlık hizmetlerine genel bir bakış yapıldıktan sonra, 2000’li yıllardaki sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından meydana gelen değişiklikler anlatılarak teorik çerçeve oluşturulacaktır. Bu bilgiler ışığında doğu illerindeki halkın demografik özellikleri de göz önünde tutularak 2000’li yıllardaki sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından meydana gelen değişikliklerin doğu illerindeki halk tarafından ne düzeyde algılandığı ortaya konulmaya çalışılıp öneriler geliştirilecektir.

Konuyla ilgili çalışma sayısının az olması, doğu illerinde sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından kapsayıcı bir araştırmanın olmaması, çalışmanın bir nevi bir kamuoyu yoklaması içermesi, araştırmanın yapılmasında belirleyici olmuştur. Bu bilgiler çerçevesinde araştırmanın problem cümlesi şu şekilde ifade edilebilir.

Doğu illerindeki halkın sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından meydana gelen değişiklikleri algılama düzeyi nedir, nasıl algılamaktadırlar, demografik özellikleri ve idari, teknik ve kalite bakımından meydana gelen değişiklikleri algılama düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? Varsa hangi düzeydedir?

Yukarıda belirtilen problem durumu ve buna bağlı olarak geliştirilen temel problem cümlesi doğrultusunda aşağıda verilen alt problem sorularına cevap aranmıştır.

- 2000’li yıllarda sağlıkta idari anlamdaki değişimlerde merkeziyetçi anlayış yerine demokratik ve katılımcı ademi merkeziyet anlayışı esas alınmış mıdır?

- Yeni Teşkilat Yasası ile kurulan “Kamu Hastaneler Birliği” öngörülen değişim ve düzenlemelerin sağlık sorunlarının çözümünde ciddi anlamda katkılar sağlayacak mıdır?
- Vatandaş sağlık kurumlarındaki yönetimin, idari bilgi ve becerisini yeterli bulmakta mıdır?
- Sağlıkta en önemli değişimlerden biri olan “Aile Hekimliği Sistemi”nin beklenen sonucu verdiğine inanılmakta mıdır?
- Sağlık sektöründe internet ve bilgi teknolojilerinden yararlanılması vatandaşların memnuniyet seviyesini yükseltmiş midir?
- Vatandaşın sağlık hizmetlerine ulaşması, yararlanması ve sağlık sonuçlarından haberdar olması konularında, sağlık kurumları internet ve bilgi teknolojilerinden yeteri kadar yararlanmakta mıdır?
- Vatandaşın bilgi teknolojilerinin kullanımı hakkında bilgileri var mıdır?
- 2000’li yıllarda sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarına göstermiş oldukları yakın ilgi, sağlık hizmetlerindeki kalite algısını yükseltmiş midir?
- Önceki yıllara göre hastanın haklarına ve kişisel mahremiyetine daha fazla önem verilmiş midir?
- Sağlık kuruluşlarında “danışma, karşılama ve yönlendirme” hizmetleri tatmin edici seviyede midir?
- Hasta Hakları, hasta sorumlulukları vatandaş tarafından bilinmekte midir?
- Sağlık kuruluşlarının fiziksel mekanı, hijyenik şartları ve kullanılan malzemeleri vatandaş tarafından tatmin edici seviyede midir?
- Sağlık kuruluşlarında hastaların, kendilerini güvende hissetmeleri için alınan önlemler, tatmin edici seviyede midir?
- Vatandaş sağlık alanındaki gelişmelerden yeteri düzeyde bilgilendirilmekte midir?

2.2. Araştırmanın Amacı

2000’li yılları yaşadığımız şu günlerde insan ve insana özgü her kavramın giderek önemi artmaktadır. İlerlemenin getirdiği her koşul insanların işlerini kolaylaştırırken, stresi, bilgi birikiminin getirdiği yoğunluğu çoğaltmaktadır. Böyle

koşullar altında insanında her anlamda beklentisi yükselmiştir. Kişi yoğunluğundan arta kalan zamanda hizmet aldığı her kurumdan, örgütten v.b.'den iyi sonuçlar almak istemektedir ve beklentisi her geçen gün artmaktadır.

Bu durumu bilen her alan gibi sağlık alanında da özellikle 2000'li yıllarda, büyük değişimler yaşanmıştır. Peki, insanlar bunun ne kadarının farkındadır, ya da yapılan değişiklikler insanları ne kadar memnun etmektedir? Sağlıkta hangi alanındaki değişimleri daha fazla hissetmektedirler?

Araştırmamızın amacı, 2000'li yıllarda meydana gelen değişimler hakkındaki literatürün taranıp, sağlık alanında meydana gelen değişimlerin tanıtılmasını, anlaşılmasını sağlamak ve sağlık alanındaki idari, teknik ve kalite bakımından yaşanan değişimlerin doğu illerindeki halkın demografik özellikleri dikkate alınarak, algısının düzeyini ve nasıl algıladıklarını ölçmektir.

2.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırma doğrultusunda araştırmanın temel hipotezleri şunlardır.

H1 “2000'li yıllarda sağlıkta idari bakımdan yaşanan önemli değişiklikler ile doğu illerindeki vatandaşların bu değişiklikleri algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.”

H2 “2000'li yıllarda sağlıkta teknik bakımdan yaşanan önemli değişiklikler ile doğu illerindeki vatandaşların bu değişiklikleri algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.”

H3 “2000'li yıllarda sağlıkta kalite bakımından yaşanan önemli değişiklikler ile doğu illerindeki vatandaşların bu değişiklikleri algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.”

H4: “Vatandaşların eğitim seviyesi ile sosyal güvenceye sahip olma oranı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır.”

H5: “Katılımcıların Cinsiyeti ile bakmakla yükümlü olan kişi sayısı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır.”

H6: “Eğitim seviyesi ile bakmakla yükümlü olan kişi sayısı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişi vardır.”

H7: “Medeni durum ile bir yıl içerisinde bir sağlık kurumuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişi vardır.”

H8: “Sosyal güvence ile bir sağlık kurumuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişi vardır.”

H9: “Eğitim seviyesi ve bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişi vardır.”

H10: “Yaş grupları ve bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişi vardır.”

H11: “Sağlık hizmetlerinde değişimin algılanması cinsiyet faktörüne göre farklılık göstermez.”

H12: “Sağlık hizmetlerinde değişimin algılanması medeni durum faktörüne göre farklılık göstermez.”

H13: “Yaş grupları ile kişilerin Sağlık hizmetlerindeki değişimi algılama düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur.”

H14: “Katılımcıların eğitim durumları ile sağlık hizmetlerindeki değişimi algılama düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur.”

H15: “Katılımcıların sosyal güvence durumları ile Sağlık hizmetlerindeki değişimi algılama düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur.”

H16: “Katılımcıların sağlık hizmetlerindeki değişimi algılama düzeyi ile bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı arasında anlamlı bir fark yoktur.”

H17: “Katılımcıların sağlık hizmetlerindeki değişimi algılama düzeyi ile sağlık kurumuna başvuru sayıları arasında anlamlı bir fark yoktur.”

Araştırmanın amacına yönelik olarak geliştirilen ve yukarıda belirtilen hipotezlerin sınanması; sağlıktaki değimlerin anlaşılmasını, halkın değişimleri ne

kadar algıladığının bulunmasının diğer çalışmalara ışık tutacağı düşünülerek ve literatüre katkı sağlaması açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

2.4. Araştırmanın Önemi

90'lerden sonra 2000'li yıllarda sağlık alanında önemli değişimler yaşanmıştır. Özellikle 2003'te yapılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile istatistiksel verilerle belirtilmiş ilerlemeler kaydedilmiştir. Peki halk bu ilerlemelerin ne kadarını bilmektedir. Yapılan değişikliklerden ne kadar faydalanabilmektedir. Araştırma bu noktada önem arz etmektedir. Birçok sağlık kuruluşunda meydana gelen yenilikler kullanılmaya başlanmasına rağmen, eğitilmiş kişilerin bile bu yeniliklerden yararlanamadığı için haberdar olmadığı görülebilmektedir.

Bu konuda hastanelerin uyguladığı memnuniyet anketleriyle de tam olarak yenilik algısı ölçülememektedir. Kurumlarda özellikle kalite alanında çalışmalar yapılmakta, her yıl değerlendirmeler ve konu hakkında araştırmalar yapılmaktadır. Tüm bunları halk ne kadar algılamaktadır. Bir sağlık kuruluşuna gittiğinde hangi yolu izleyeceğini, hangi durumda nereye başvuracağını, hakları ve sorumluluklarının neler olduğunu ne kadar bildiği, yapılan değişimlerin ve ilerlemelerin sonuçlarını büyük oranda etkilemektedir. Zira bilenmeyen şeyin yapılamamasından kaynaklı olarak kişi, hizmetten tam yararlanamamış olacak, bu yüzden memnuniyeti düşecek ve verilen emek görünmeyecektir. Bu nedenle, araştırmamız sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından medyana gelen değişimlerin açıklanması ve konu hakkında az sayıda çalışma olması ve diğer çalışmalara nazaran daha kapsayıcı ve geniş çaplı bir araştırması olması açısından önemlidir.

2.5. Sınırlılıklar

Sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından meydana gelen değişikliklerin doğu illeri tarafından algılanması düzeyini ortaya koymayı amaçlayan bu araştırmanın sınırlılıkları şunlardır;

- Araştırma kişilerin 2000'li yıllarda sağlıkta idari, teknik ve kalite anlamındaki değişikliklerin algı durumlarını belirlemek amacıyla, anket uygulaması doğu illerinde yaşayan kişilerle sınırlı olacaktır.

- Araştırmada, Doğu illerinde yaşayanların tamamı yerine zaman, maliyet ve yardımcı eleman gibi sınırlılıklardan dolayı örneklem alınma yoluna gidilmiştir.

2.6. Varsayımlar

Doğu illerinde yaşayanlar üzerine uygulanan bu araştırma aşağıdaki varsayımlar çerçevesinde yapılmıştır.

- Veri toplama araçlarında yer alacak soruların, araştırma konusunun test edilmesi açısından, sayıca ve anlam bakımından yeterli olacağı varsayılmaktadır.
- Anket çalışmalarında katılımcıların verdikleri cevaplar geçerli ve güvenilirlerdir.

Bu araştırmada 2000'li yıllarda sağlık alanında idari, teknik ve kalite boyutlarındaki değişiklikleri anlattığından, açıklayıcı; gelişen bu değişimlerin doğu illerindeki vatandaşlar tarafından ne düzeyde algılandığını ortaya koymak amacı ile de betimleyici bir araştırma modeli kullanılmıştır.

2.7. Evren ve Örneklem

Araştırma Doğu illeri ile sınırlı tutulmuş olup, bu illerde yaşayan insanlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Doğu illerinde 10 tane il (Ağrı, Ardahan, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Hakkari, Iğdır, Kars, Malatya, Muş, Tunceli ve Van) bulunmaktadır. Araştırmamızda, Sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından yapılan yeniliklerin doğu illeri tarafından algısı ölçüleceğinden, doğu illerinin 2011 yılı toplam nüfusu evrenimizi oluşturacaktır.

1 Mart- 30 Mayıs 2012 tarihleri arasında anket yapılmıştır. Gerek zaman ve gerekse maddi kısıtlamalar nedeniyle anket basit tesadüfî örneklem yöntemi ile uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için aşağıdaki tablodan yararlanılmıştır.

Tablo 8
Evren ve Örneklem Örnekleri Tablosu

| Evren Büyüklüğü | -,+ 0,03 örnekleme hatası (d) | | | -,+ 0,05 örnekleme hatası (d) | | | -,+ 0,10 örnekleme hatası (d) | | |
|-----------------|-------------------------------|----------------|----------------|-------------------------------|----------------|----------------|-------------------------------|----------------|----------------|
| | P=0,5 q=0,5 | p=0,8 q=0,2 | p=0,3 q=0,7 | P=0,5 q=0,5 | p=0,8 q=0,2 | p=0,3 q=0,7 | P=0,5 q=0,5 | p=0,8 q=0,2 | p=0,3 q=0,7 |
| 100 | 92 | 87 | 90 | 80 | 71 | 77 | 49 | 38 | 45 |
| 500 | 341 | 289 | 321 | 217 | 165 | 196 | 81 | 55 | 70 |
| 750 | 441 | 358 | 409 | 254 | 185 | 226 | 85 | 57 | 73 |
| 1000 | 516 | 406 | 473 | 278 | 198 | 244 | 88 | 58 | 75 |
| 2500 | 748 | 537 | 660 | 333 | 224 | 286 | 93 | 60 | 78 |
| 5000 | 880 | 601 | 760 | 357 | 234 | 303 | 94 | 61 | 79 |
| 10000 | 964 | 639 | 823 | 370 | 240 | 313 | 95 | 61 | 80 |
| 25000 | 1023 | 665 | 865 | 378 | 244 | 319 | 96 | 61 | 80 |
| 50000 | 1045 | 674 | 881 | 381 | 245 | 321 | 96 | 61 | 81 |
| 100000 | 1056 | 678 | 888 | 383 | 245 | 322 | 96 | 61 | 81 |
| 1000000 | 1066 | 682 | 896 | 384 | 246 | 323 | 96 | 61 | 81 |
| 100 milyon | 1067 | 683 | 896 | 384 | 245 | 323 | 96 | 61 | 81 |

Kaynak: Yazıcıoğlu ve Erdoğan 2004: 50

Yazıcıoğlu ve Erdoğan'dan (2004: 50) alınan tabloda görüldüğü gibi 10000000 birimlik evren için 0,5 hata payıyla örneklem 384 olarak görülmektedir. Araştırmada ise evren 5863508'dir ve 400 kişiye anket uygulanmıştır. Bu yüzden örneklemin yeterli olduğu düşünülmektedir (TUİK. www.tsi2023.org).

2.8. Veri Toplama Teknikleri

İhtiyaç duyulan veriler, anket yöntemi aracılığı ile elde edilmiştir. Öncelikle, yanlış anlamaları önlemek amacıyla, 10 kişiye pilot uygulama yapılmış, sonucunda sorular gözden geçirilerek çoğaltılmıştır. Araştırmaya ilişkin daha samimi cevaplar alabilmek için, anketler kişilere anket hakkında bilgi verildikten sonra, yüz yüze yapılmıştır.

Araştırmada kişisel bilgiler dışında toplam 50 ifade bulunmaktadır. Anket formu çoktan seçmeli soru çeşidiyle hazırlanmıştır.

Dört bölümden oluşan anket formunun birinci bölümünde kişilere ilişkin demografik değişkenlerin ve sağlıkla ilgili (sosyal güvenceleri, sağlık kurumuna

yılda kaç kez başvurdukları v.b.) özelliklerin belirlenmesine yönelik 7 soru yer almaktadır.

İkinci bölümde; sağlık alanında idari bakımdan yapılan değişiklikler ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeler kişilerin sağlıkta idari bakımdan yaşanan değişiklikleri ne kadar algıladıklarını ve sağlık kuruluşlarının bu değişiklikleri ne kadar tanıtılabildiklerini ölçmek amacıyla 20 ifadeden oluşmaktadır.

Üçüncü bölümde; sağlık alanında teknik bakımdan yapılan değişiklikler ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeler kişilerin sağlıkta teknik bakımdan yaşanan değişiklikleri ne kadar algıladıklarını ve sağlık kuruluşlarının bu değişiklikleri ne kadar tanıtılabildiklerini ölçmek amacıyla 8 ifadeden oluşmaktadır.

Dördüncü bölümde ise; sağlık alanında kalite bakımdan yapılan değişiklikler ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeler kişilerin sağlıkta kalite bakımından yaşanan değişiklikleri ne kadar algıladıklarını ve sağlık kuruluşlarının bu değişiklikleri ne kadar tanıtılabildiklerini ölçmek amacıyla 22 ifadeden oluşmaktadır. Sorular 5'li Likert Ölçeği ile hazırlanmıştır.

2.9. Verilerin Analizi

Veriler SPSS 15.0 paket programında analiz edilmiştir. Araştırma için elde edilen verilerin güvenilirliğini ölçmek için **Alfa Yöntemi (Cronbach Alfa Katsayısı)** kullanılmıştır. Ölçekte yer alan k sorunun varyansın toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan ve 0 ile 1 arasında değerler alan Alfa katsayısı, bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach Alfa Katsayısı, ölçekte yer alan k sorunun homojen bir yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını araştırır. Alfa Katsayısı, bireysel puanların k soru içeren bir ölçekte sorulara verilen cevapların toplanması ile bulunduğu durumlarda soruların birbirleri ile benzerliğini, yakınlığını, ortaya koyan bir katsayıdır. Alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu aşağıda verilmiştir.

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir,
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güveniliridir,
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Cronbach's Alpha testine göre anketin güvenirligi 0,836 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre anketimiz oldukça güveniliridir.

Verilerin analizinde; frekans tabloları, açıklayıcı istatistikler, iki grup ortalamasının farkı için student-t testi ve ikiden fazla grubun ortalamasının farkı için F testi (ANOVA) kullanılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmalarda 0,05 ten küçük p (anlamlılık) değerleri ($p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Verilerin toplanıp analiz edilmesiyle genellemelere gidilmiştir. Genellemeye girmeyen özel durumlar ayrıca belirtilmiştir. Uygulanan anket sonuçlarında istatistiksel değerlendirmeler yapıp çözümlenerek, yorumlanmıştır. İstatistiksel analizlerin yorumlamalarında p anlamlılık değerine bakılırken, bazı durumlarda grupların kendi aralarındaki dağılıma göre de yorum yapılmıştır.

2.10. BULGULAR VE YORUM

Araştırmanın bu bölümünde, anket formu ile elde edilen verilerin istatistiksel analizine bağlı olarak tablolar oluşturulup yorumlar yapılmıştır. Ankete katılan 400 kişinin demografik özellikleriyle ilgili tablo ve yorumlar bir başlık altında, sağlık alanındaki idari, teknik ve kalite boyutlarındaki değişimlerin algı düzeyleriyle ilgili tablo ve yorumlar ayrı ayrı başlıklar altında incelenmiştir. Ayrıca idari, teknik ve kalite boyutlarındaki değişimin kişiler tarafından algı düzeyleri ve demografik değişkenler arasındaki ilişki de incelenecektir.

2.10.1. Ankete Katılan Kişilerin Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan kişilerin cinsiyetlerine, yaşlarına, medeni durumlarına, eğitim durumlarına göre dağılımı tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9
Deneklerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

| Demografik Özellikler | | Sayı | Yüzde (%) |
|---|-----------------------|------------|--------------|
| Cinsiyet | Erkek | 206 | 51,5 |
| | Kadın | 194 | 48,5 |
| Yaş | 15-24 yaş | 92 | 23,0 |
| | 25-34 yaş | 127 | 31,08 |
| | 35-44 yaş | 92 | 23,0 |
| | 45-54 yaş | 53 | 13,3 |
| | 55-64 yaş | 30 | 7,5 |
| | 65 yaş ve üstü | 6 | 1,5 |
| Medeni Durum | Evli | 248 | 62,0 |
| | Bekar | 152 | 38,0 |
| Eğitim Durumu | Okur yazar değil | 48 | 12,0 |
| | İlköğretim | 176 | 44,0 |
| | Lise ve Dengi | 105 | 26,3 |
| | Ön lisans | 26 | 6,5 |
| | Lisans ve Lisansüstü | 45 | 11,3 |
| Sosyal Güvenlik Durumu | SGK Çalışan | 108 | 27,0 |
| | SGK Emekli | 51 | 12,8 |
| | Yeşil kart | 213 | 53,3 |
| | Özel sağlık sigortası | 12 | 3,0 |
| | Sosyal Güvencesi yok | 14 | 3,5 |
| | Diğer | 2 | 0,5 |
| Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Sayısı | Yok | 149 | 37,3 |
| | 2 | 51 | 12,8 |
| | 3-4 | 72 | 18,0 |
| | 5-6 | 75 | 18,8 |
| | 7-8 | 17 | 4,3 |
| | 9-10 | 17 | 4,3 |
| | 11 veya daha fazla | 19 | 4,8 |
| 1 yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna müracaat sayısı | 1-5 kez | 64 | 16,0 |
| | 6-10 kez | 91 | 22,8 |
| | 11-15 kez | 81 | 20,3 |
| | 15 veya daha fazla | 164 | 41,0 |
| Toplam | | 400 | 100,0 |

Tablo 9’da görüldüğü üzere araştırmaya katılanların % 51,5’i erkek, % 48,5’i bayanlardan oluşmaktadır. Buna göre araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımları birbirine yakındır.

Araştırmaya katılanların % 23’ü 15-24 yaş, % 31,8’i 25-34 yaş , % 23’ü 35-44 yaş, % 13,3’ü 45-54 yaş, % 7,5’i 55-64 yaş aralığında, % 1,5’i ise 65 ve üstü yaştaadır. Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılanlarını çoğunluğunun genç ve yetişkinlerden oluştuğunu söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılanlardan % 62’si evli, % 38’i bekadır. Buna göre araştırmaya katılanların daha çok evlilerden oluştuğunu söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılanların % 12’si okur yazar değildir, % 44’ü ilköğretim, % 26,3’ü lise ve dengi, % 6,5’i ön lisans, % 11,3’ü lisans ve üstü mezunlarından oluşmaktadır. Buna göre araştırmaya katılanların daha çok ilköğretim mezunu olduğu söylenebilir. Ayrıca yaşadığımız zamanın şartları düşünüldüğünde okur yazar oranının % 12 olması yüksektir diyebiliriz.

Araştırmaya katılanlardan % 27’si SGK çalışan, % 12,8’i SGK emekli, % 53,3’ü Yeşil kart, % 3’ü Özel Sağlık Sigortalıdır. % 3,5’inin sosyal güvencesi yoktur, % 0,5’i diğer sigorta grubundadır. Buna göre araştırmaya katılanların yarısından fazlası yeşil kartlılardan oluşmaktadır diyebiliriz.

Araştırmaya katılanlardan % 37’sinin bakmakla yükümlü olduğu kişi yoktur, % 12,8’inin bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı 2, % 18’inin 3-4, % 18,8’inin 5-6, % 4,3’ünün 7-8, % 4,3’ünün 9-10 arasında olduğunu görebiliriz, % 4,8’inin ise bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı 11 ve daha fazladır. Buna göre araştırmaya katılanların % 37’sinin bakmakla olduğu kişi yoktur, zaten araştırmaya katılanların % 38’i bekadır ve evli fakat çalışmayan bayanlarda çocuklarının ya da anne babalarının yükümlülüğünü çalışan eşte olarak gördüklerinden bu seçeneğin yüksek olmasının doğal sebepleridir diyebiliriz.

Araştırmaya katılanların % 16'sının 1 yıl içinde sağlık kurumlarına müracaat sayısı 1-5, % 22,8'i 6-10, % 20,3'ü 11-15 kez, % 41'i 15 veya daha fazla müracaat etmiştir. Buna göre araştırmaya katılanların büyük bir çoğunluğu bir yıl içerisinde 15 ve daha fazla, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur.

2.10.2. Sağlık Alanında İdari Bakımdan Yapılan Değişikliklerin Doğu İllerindeki Vatandaşlar Tarafından Algı (Tepki Faktörleri) Boyutları

Araştırmamızın konusu olarak Sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından yaşanan değişiklikleri çalıştık. Araştırmaya katılan vatandaşların, sağlık alanında idari bakımdan yapılan değişikliklerle ilgili ifadelerine verdikleri cevapların dağılımı tablo 10'da, teknik bakımdan yapılan değişikliklerle ilgili ifadelerine verdikleri cevapların dağılımı tablo 11'de, kalite bakımından yapılan değişikliklerle ilgili ifadelerine verdikleri cevapların dağılımı tablo 12'de verilmiştir.

Araştırmamızda doğu illerindeki halkın sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından meydana gelen değişiklikleri algılama düzeyi nedir, nasıl algılamaktadırlar, demografik özellikleri ve idari, teknik ve kalite bakımından meydana gelen değişiklikleri algılama düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? Varsa hangi düzeydedir? Şeklinde belirtilen problem durumu ve buna bağlı olarak geliştirilen temel problem cümlesi doğrultusunda alt problem sorularına da cevap aranmıştır.

Tablo 10'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan vatandaşların "2000'li yıllarda sağlık yönetiminde radikal değişimler yaşanmıştır" ifadesine % 55,5'inin "Kesinlikle Katılıyorum", "Sağlık yöneticilerinin sağlık bilgisi yanında idari eğitim almış olmaları şarttır" ifadesine % 64,8'inin, "Yardımcı sağlık personeline de doktorlar gibi uzmanlık şartı getirilmelidir."ifadesine % 66,3'ünün "Katılıyorum " cevabını verdikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan vatandaşların "Kamu hastaneleri özel sektör sağlık kuruluşlarıyla rekabet edebilecek durumdadır." ifadesine % 50,5'inin, "Son yıllarda sağlık alanlarına yapılan yatırımları son derece yerinde ve yeterli buluyorum." ifadesine % 55,5'inin, "Tam gün yasası sağlık hizmetlerinden yararlanma

konusundaki ekonomik eşitsizlik durumunu ortadan kaldırmıştır.” ifadesine % 78,3’ünün “Katılıyorum ” cevabını verdikleri görülmüştür.

“Hastanelerde performansa dayalı ücretlendirme sistemine geçilmesi, sağlık hizmetlerindeki hız ve verimliliği arttırmıştır.” ifadesine % 25,8’inin, “Katılıyorum” % 36,8’inin “Kararsızım” cevabını verdikleri görülmüştür. Yine vatandaşların “Sağlık kurumlarında yapılan teknik ve idari denetimler yeterlidir.” ifadesine % 40,8’inin “Katılıyorum”, % 46,5’i “Kararsızım” cevabını vermişlerdir.

“Sağlık ocakları yerine Aile Hekimliği sistemine geçiş ile verilen hizmetler daha hızlı, kaliteli ve ulaşılabilir hale geldi.” ifadesine ise % 41,3’ünün “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını verdikleri görülmektedir. Buna göre araştırmaya katılanların sağlık ocakları yerine aile hekimliği sistemine geçişin herhangi bir şeyi değiştirmedeği düşüncesi olduğu söylenebilir. Sonuçlara bakıldığında İdari boyutlarda vatandaşta daha çok olumlu düşünceler olmasına rağmen bu ifadeye böyle bir cevap verilmesinin nedeni; sağlık ocakları sisteminin de zaten hızlı, kaliteli ve ulaşılabilir olduğu düşüncesi nedeniyle bir şeyin değişmediği algısı meydana gelmiştir diyebiliriz.

Araştırmaya katılan vatandaşların “Yeni Teşkilat yasası ile tüm hastanelerin bağlı olduğu kurum olarak “Hastaneler Birliği” kurulacak ve başında “Genel Sekreter” unvanı ile bir yönetici olacak.” ifadesine % 22,3’ünün “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 23,5’inin “Katılmıyorum”, % 19,5’inin “Kararsızım”, % 21,5’inin “Katılıyorum”, % 13,3’ünün “Kesinlikle Katılıyorum” cevabını verdikleri görülmektedir. Belirtilen ifadeye verilen cevaplara bakıldığında % 22,3’ünün ve % 23,5 ile “Kesinlikle Katılmıyorum ve Katılmıyorum” cevaplarında yoğunlaştığı görülmektedir. Bu ifadeye verilen cevapların sonucuna göre doğu illerindeki vatandaşların böyle bir idari değişiklikten haberdar olmadığı, bilmedikleri söylenebilir.

Araştırmaya katılan vatandaşların “Yeni yasa ile Genel Sekreter başkanlıklar, müdürler, uzmanlar ve yardımcılarında olan ekip hastanelerin denetimini, işleyişinin, performansının v.b.nin takibini yapacaklardır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin yönetimini ve etkinliğini daha çok arttıracaktır.” ifadesine % 40’ının

“Kesinlikle Katılmıyorum” cevabını verdiği görülmektedir. Yukarıdaki sonuca göre de böyle bir idari değişiklikten vatandaşın haberdar olmaması nedeni ile böyle bir sonuca varılmıştır, yada haberdar olursa bile, henüz faaliyete geçmemiş bir sistem olduğu için, vatandaşların tecrübe etmediği bir sistem hakkında böyle bir cevap verebileceği söylenebilir. Veya vatandaşların böyle bir sisteme geçilmesini doğru bulmadıkları onaylamadıkları söylenebilir.

İdari bakımdan yapılan değişikliklerle ilgili araştırmaya katılanların, “Yeni teşkilat yasası çerçevesinde yabancı uyruklu hekim ve hemşireler de çalıştırılacaktır.” ifadesine % 52,8’inin “Katılıyorum”, “Yabancı uyruklu hekim ve hemşirelerden hizmet almayı onaylıyorum ve yararlı olacağı düşünüyorum.” ifadesine ise % 70,3’ünün “Kesinlikle Katılmıyorum” cevaplarını verdikleri görülmektedir. Buna göre araştırmaya katılanların ülkemizde yabancı hekim ve hemşirelerin çalışabileceğini bildiklerini bu durumdan haberdar olduklarını, fakat doğu illerindeki halkın yabancı hekim ve hemşirelerden hizmet almayı istemedikleri söylenebilir.

Tabloya genel olarak bakıldığında Doğu illerindeki vatandaşların sağlık alanında idari bakımdan yapılan değişikliklerin vatandaş tarafından algısının olumlu yönde olduğu söylenebilir.

Buna göre araştırmamızın sonuçlarına göre Tablo 10’da görüldüğü üzere 2000’li yıllarda sağlık alanındaki idari değişimlerden “Merkezci yönetim anlayışı terk edilmiş, daha katılımcı ve demokratik yönetim anlayışı benimsenmiştir” ifadesine araştırmaya katılanların % 44’ü “Katılıyorum” , % 31,3’ü “Kararsızım” cevabını vermiştir. Buna göre, sağlıkta eskiye nazaran daha katılımcı ve demokratik yönetim anlayışı benimsenmeye başlamıştır diyebiliriz.

Tablo 10
Vatandaşların Sağlık Alanında İdari Bakımdan Yaşanan Değişimlerle İlgili Verilen İfadelere Katılma Derecelerinin Dağılımı

| Sağlık Alanında Yaşanan İdari Değişimler | Kesinlikle katılmıyorum | | Katılmıyorum | | Kararsızım | | Katılıyorum | | Kesinlikle katılıyorum | | Toplam | Ort. - x | Stan. Sapma S |
|---|-------------------------|-----|--------------|------|------------|------|-------------|------|------------------------|------|--------|----------------|---------------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | | |
| 1.2000'li yıllarda sağlık yönetiminde radikal değişimler yaşanmıştır. | 0 | 0 | 7 | 1,8 | 40 | 10 | 131 | 32,8 | 222 | 55,5 | 400 | 4,43 | 0,742 |
| 2. Merkezci yönetim anlayışı terk edilmiş, daha katılımcı ve demokratik yönetim anlayışı benimsenmiştir | 18 | 4,5 | 45 | 11,3 | 125 | 31,3 | 176 | 44 | 36 | 9 | 400 | 3,42 | 0,959 |
| 3. Vatandaş daha fazla önemsenmiş, sağlık yöneticileri daha çok ulaşılabilir olmuşlardır. | 5 | 1,3 | 48 | 12 | 158 | 39,5 | 156 | 39 | 33 | 8,3 | 400 | 3,41 | 0,851 |
| 4. Halka karşı daha şeffaf ve daha hesap verebilir bir yönetim anlayış ve uygulaması gerçekleştirilmiştir. | 5 | 1,3 | 39 | 9,8 | 227 | 56,8 | 105 | 26,3 | 24 | 6 | 400 | 3,26 | 0,764 |
| 5. Çalışanlara eskiye göre sorumluluklarına denk daha fazla yetki verildiği için, sorunlar yerinde ve daha hızlı bir biçimde çözülebilmektedir. | 16 | 4 | 39 | 9,8 | 160 | 40 | 159 | 39,8 | 26 | 6,5 | 400 | 3,35 | 0,891 |
| 6. Kamu hastaneleri özel sektör sağlık kuruluşlarıyla rekabet edebilecek durumdadır. | 3 | 0,8 | 30 | 7,5 | 64 | 16 | 202 | 50,5 | 101 | 25,3 | 400 | 3,92 | 0,881 |
| 7. Sağlık yöneticilerinin sağlık bilgisi yanında idari eğitim almış olmaları şarttır. | 6 | 1,5 | 41 | 10,3 | 71 | 17,8 | 259 | 64,8 | 23 | 5,8 | 400 | 3,63 | 0,803 |
| 8. Yardımcı sağlık personeline de doktorlar gibi uzmanlık şartı getirilmelidir | 8 | 2 | 43 | 10,8 | 75 | 18,8 | 265 | 66,3 | 9 | 2,3 | 400 | 3,56 | 0,792 |

| Sağlık Alanında Yaşanan İdari Değişimler | Kesinlikle katılmıyorum | | Katılmıyorum | | Kararsızım | | Katılıyorum | | Kesinlikle katılıyorum | | Toplam | Ort. | Stan. Sapma |
|---|-------------------------|-----|--------------|------|------------|------|-------------|------|------------------------|------|--------|------|-------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | | |
| 9. Hastanelerde performansa dayalı ücretlendirme sistemine geçilmesi, sağlık hizmetlerindeki hız ve verimliliği arttırmıştır. | 29 | 7,3 | 119 | 29,8 | 147 | 36,8 | 103 | 25,8 | 2 | 0,5 | 400 | 2,83 | 0,915 |
| 10. Son yıllarda sağlık alanlarına yapılan yatırımları son derece yerinde ve yeterli buluyorum | 0 | 0 | 20 | 5 | 41 | 10,3 | 313 | 78,3 | 26 | 6,5 | 400 | 3,86 | 0,591 |
| 11. Sağlık kurumlarında yapılan teknik ve idari denetimler yeterlidir. | 5 | 1,3 | 34 | 8,5 | 186 | 46,5 | 163 | 40,8 | 12 | 3 | 400 | 3,36 | 0,732 |
| 12. Tam gün yasası sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki ekonomik eşitsizlik durumunu ortadan kaldırmıştır. | 5 | 1,3 | 38 | 9,5 | 138 | 34,5 | 217 | 54,3 | 2 | 0,5 | 400 | 3,43 | 0,722 |
| 13. Tam gün yasası sayesinde hekimler bizimle daha fazla ilgileniyor ve vakit ayırıyorlar. | 5 | 1,3 | 29 | 7,3 | 67 | 16,8 | 222 | 55,5 | 77 | 19,3 | 400 | 3,84 | 0,860 |
| 14. Gittiğim sağlık kuruluşlarında istediğim hekimi seçebiliyorum. | 5 | 1,3 | 10 | 2,5 | 7 | 1,8 | 172 | 43 | 206 | 51,5 | 400 | 4,41 | 0,760 |

| Sağlık Alanında Yaşanan İdari Değişimler | Kesinlikle Katılmıyorum | | Katılmıyorum | | Kararsızım | | Katılıyorum | | Kesinlikle Katılıyorum | | Toplam | Ort. - x | Stan. Sapma S |
|--|-------------------------|------|--------------|------|------------|------|-------------|------|------------------------|------|--------|----------|---------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | | |
| 15. Sağlıkla ilgili bilgilendirme ve bilinçlendirme konularında sağlık idarelerinin yaptığı halkla ilişkiler fonksiyonunu yeterli buluyorum | 6 | 1,5 | 9 | 2,3 | 9 | 2,3 | 155 | 38,8 | 221 | 55,3 | 400 | 4,44 | 0,780 |
| 16. Yeni Teşkilat yasası ile tüm hastanelerin bağlı olduğu kurum olarak "Hastaneler Birliği" kurulacak ve başında "Genel Sekreter" unvanı ile bir yönetici olacak. | 89 | 22,3 | 94 | 23,5 | 78 | 19,5 | 86 | 21,5 | 53 | 13,3 | 400 | 2,80 | 1,354 |
| 17. Yeni yasa ile Genel Sekreter başkanlıklar, müdürler, uzmanlar ve yardımcılarında olan ekip hastanelerin denetimini, işleyişinin, performansının v.b.nin takibini yapacaklardır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin yönetimini ve etkinliğini daha çok arttıracaktır. | 160 | 40 | 111 | 27,8 | 57 | 14,3 | 66 | 16,5 | 6 | 1,5 | 400 | 2,12 | 1,152 |
| 18. Yeni teşkilat yasası çerçevesinde yabancı uyruklu hekim ve hemşireler de çalıştırılacaktır. | 114 | 28,5 | 40 | 10 | 27 | 6,8 | 211 | 52,8 | 8 | 2 | 400 | 2,90 | 1,357 |
| 19. Yabancı uyruklu hekim ve hemşirelerden hizmet almayı onaylıyor ve yararlı olacağı düşünülmektedir. | 281 | 70,3 | 48 | 12 | 37 | 9,3 | 29 | 7,3 | 5 | 1,3 | 400 | 1,57 | 1,009 |
| 20. Sağlık ocakları yerine Aile Hekimliği sistemine geçiş ile verilen hizmetler daha hızlı, kaliteli ve ulaşılabilir hale geldi. | 165 | 41,3 | 90 | 22,5 | 67 | 16,8 | 72 | 18 | 6 | 1,5 | 400 | 2,16 | 1,189 |

Tablo 11
Vatandaşların Sağlık Alanında Teknik Bakımdan Yaşanan Değişimlerle İlgili Verilen İfadelere Katılma Derecelerinin Dağılımı

| Sağlık Alanında Yaşanan Teknik Değişimler | Kesinlikle katılmıyorum | | Katılmıyorum | | Kararsızım | | Katılıyorum | | Kesinlikle katılıyorum | | Toplam | Ort. - x | Stan. Sapma S |
|--|-------------------------|------|--------------|------|------------|------|-------------|------|------------------------|------|--------|----------------|---------------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | | |
| 1.182 Merkezi Randevu sistemi bulunmaktadır. | 23 | 5,8 | 97 | 24,3 | 40 | 10 | 230 | 57,5 | 10 | 2,5 | 400 | 3,27 | 1,039 |
| 2.182 Merkezi Randevu sistemi kullanılıyor ve istenilen ildeki istenilen hastaneden randevu alınıyor. | 15 | 3,8 | 94 | 23,5 | 31 | 7,8 | 246 | 61,5 | 14 | 3,5 | 400 | 3,38 | 1,001 |
| 3. Hastanelerin web sayfasından ya da telefonla randevu sisteminden randevu alınmaktadır. | 4 | 1 | 57 | 14,3 | 53 | 13,3 | 272 | 68 | 14 | 3,5 | 400 | 3,59 | 0,812 |
| 4. Hastanelerin web sayfasından hekimleri görülüyor, tahlil sonuçlarına ulaşıyor, hastaneye ulaşım olanakları, nöbetçi hekimler v.b. ulaşıyor. | 4 | 1 | 98 | 24,5 | 108 | 27 | 183 | 45,8 | 7 | 1,8 | 400 | 3,23 | 0,873 |
| 5. Hastanelerin web sayfasının hizmetleri kullanılmaktadır. | 42 | 10,5 | 180 | 45 | 64 | 16 | 101 | 25,3 | 13 | 3,3 | 400 | 2,66 | 1,067 |
| 6. Sağlıkla ilgili bazı önemli bilgiler Sağlık Bakanlığı reklâmları ile öğreniliyor. | 2 | 0,5 | 101 | 25,3 | 180 | 45 | 106 | 26,5 | 11 | 2,8 | 400 | 3,06 | 0,804 |
| 7. Sağlık kuruluşlarında tahlil sonucu beklenmiyor ve hekimlerin poliklinik bilgisayarından sonuçlar rahatça görülebiliyor. | 6 | 1,5 | 30 | 7,5 | 51 | 12,8 | 215 | 53,8 | 98 | 24,5 | 400 | 3,92 | 0,896 |
| 8. Sağlık kuruluşlarının koridorlarında, bekleme alanlarında, görüntü ve ses kalitesi yüksek tv.lerde sağlıkla ilgili önemli bilgileri izleniyor, sağlık için gerekli uyarıları görülebiliyor. | 12 | 3 | 30 | 7,5 | 69 | 17,3 | 230 | 57,5 | 59 | 14,8 | 400 | 3,74 | 0,907 |

Tablo 11’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan kişilerin sağlık alanındaki teknik değişikliklere ait “182 Merkezi Randevu sistemi bulunmaktadır.” İfadesine % 57,5’inin, “182 Merkezi Randevu sistemi kullanılıyor ve istenilen ildeki istenilen hastaneden randevu alınıyor.” İfadesine % 61,5’inin, “Sağlık kuruluşlarının koridorlarında, bekleme alanlarında, görüntü ve ses kalitesi yüksek tv.lerde sağlıkla ilgili önemli bilgileri izleniyor, sağlık için gerekli uyarıları görülebiliyor.” İfadesine % 57,5’inin “katılıyorum” cevabını verdikleri görülebilmektedir.

“Hastanelerin web sayfasından ya da telefonla randevu sisteminden randevu alınmaktadır.” İfadesine % 68’inin, “Hastanelerin web sayfasından, hekimleri görülüyor, tahlil sonuçlarına ulaşıyor, hastaneye ulaşım olanakları, nöbetçi hekimler v.b. ulaşıyor.” İfadesine % 45,8’inin yine “katılıyorum” cevabını verdikleri görülmektedir. Fakat hemen ardından gelen “Hastanelerin web sayfasının hizmetleri kullanılmaktadır.” İfadesine ise % 45’inin “katılmıyorum” cevabını verdikleri görülmektedir. Bu sonuçtan, araştırmaya katılan kişilerin hastanelerin web sayfasından randevu alınabildiğini, web sayfalarında hastane bilgilerinin, hekim v.b. bilgilerin bulunduğunu bildiklerini, ancak web sayfalarını; anket sonuçlarına göre % 44’ünün ilköğretim mezunu olduğunu düşünürsek nasıl kullanacaklarını bilmediklerinden kullanmadıklarını söyleyebiliriz. Bunun yanında hastanelerin internet hizmetlerinden haberdar olmalarına rağmen kullanmamaları için; böyle bir alışkanlığın henüz gelişmemiş olduğu da söylenebilir ve ya sağlık bakanlığının ve kurumlarının bu hizmetin kullanımı konusunda yeterli düzeyde bilgilendirme yapmadığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan kişilerin sağlık alanında kalite bakımından yaşanan değişimlere verdikleri cevaplara bakıldığında Tablo 12; cevapların neredeyse hepsinin, birkaç yüzdeler hariç, % 50 ve 50’den fazla oranda “katılıyorum” seçeneğinde yoğunlaştığı görülebilmektedir. Yüzdesi en fazla olan ifadeler ise; “Hastanelerin her türlü güvenlik önlemleri (güvenlik görevlisi, acil çıkış kapıları, pencereleri v.b.) var ve etkin biçimde kullanılmaktadır.”ifadesine % 83,5’inin, “Servis hemşireleri belli işlemler için koldaki kimlik bilgilerinin bulunduğu bilekliği kontrol eder ve nöbet değişimlerinde birbirlerine hasta başında bilgilendirme yaparlar.” İfadesine % 78,5’inin, “Kalınan odalar rahat, yemekler sıcak ve temizdir.” İfadesine % 79,8’inin, “Servis hemşireleri yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme,

kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verirler.” İfadesine % 79’unun, “Servis hemşireleri odadaki eşyaların kullanımı hakkında ve çeşitli sağlık konularında (beslenme, el hijyeni, sigara kullanımı v.b.) hastayı ve yakınlarını bilgilendirmektedir.” İfadesine % 79,3’ünün “katılıyorum” cevabını verdikleri ifadelerdir. Bu sonuçlara göre sağlık kuruluşlarındaki fiziksel mekan, hijyenik şartlar, kullanılan malzemeler, hastaların kendilerini güvende hissetmeleri için alınan önlemlerin tatmin edici seviyede olduğu söylenebilir.

Kalite boyutundaki değişikliklerden tablo 12’de görüldüğü üzere, araştırmaya katılanların % 49,8’i “Kamu sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak muayene olunabilmektedir.” İfadesine “Kesinlikle Katılıyorum” cevabını vermişlerdir.

“Tüm personel kişisel mahremiyete(muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösteriyor.” ifadesine % 63,8’i, “Sağlık kuruluşlarında danışma birimi ve karşılama yönlendirme çalışanları ulaşılabilir durumda ve etkin çalışmaktadırlar.” ifadesine % 48,8’i “Katılıyorum” cevabını vermişlerdir. Bunun sonucunda önceki yıllara göre hastanın haklarına, kişisel mahremiyetine daha fazla önem verildiği ve sağlık kuruluşlarındaki danışma, karşılama- yönlendirme hizmetlerinin tatmin edici seviyede olduğu söylenebilir.

Yine tablo 12’ye bakıldığında araştırmaya katılanların;“Hasta sorumlulukları, hastalar tarafından bilinmektedir.” İfadesine % 25,3’ünün “Katılmıyorum”, % 24,8’inin ise “Kararsızım” cevabını verdiği görülmektedir. Araştırmaya katılanların “Hasta hakları hastalar tarafından bilinmektedir.”ifadesine ise % 49,3’ünün “katılıyorum” % 31,3’ünün ise “Kararsızım” cevabını verdikleri görülmektedir.

Hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki sonuçlara bakıldığında, hastaların ya da sağlık kuruluşlarından herhangi bir hizmet alanların haklarını bildiklerini fakat sorumluluklarını bilmediklerini söyleyebiliriz.

Kalite bakımından araştırmaya katılanların “Hekimler hastaya hastalığı konusunda bilgi veriyor ve zaman ayırıyorlar.” İfadesine % 74’ü, “Hekimler kibar ve saygılılar.” ifadesine % 63,5’inin, “Diğer alışanlar kibar ve saygılılar.” İfadesine % 56,8’inin “Katılıyorum” cevabını verdikleri görülmektedir. Bu sonuçlara göre 2000’li yıllarda sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarına göstermiş oldukları yakın ilgi, sağlık hizmetlerindeki kalite algısını yükseltmiştir diyebiliriz.

Araştırmaya katılanların 3 boyuttan, idari teknik ve kalite bakımından, verdikleri cevaplara bakıldığında genel olarak meydana gelen değişiklikler konusunda olumlu düşünceler besledikleri söylenebilir, buna göre memnuniyet düzeyleri de iyi bir seviyededir diyebiliriz. Araştırmamızdaki 3 boyut birbiriyle karşılaştırıldığında ise; doğu illerindeki halkın en çok kalite bakımından meydana gelen değişiklikler konusunda olumlu düşünceler besledikleri ve memnun oldukları söylenebilir.

Tablo 12

Vatandaşların Sağlık Alanında Kalite Bakımdan Yaşanan Değişimlerle İlgili Verilen İfadelere Katılma Derecelerinin Dağılımı

| Sağlık Alanında Yaşanan Kalite Değişimleri | Kesinlikle katılmıyorum | | Katılmıyorum | | Kararsızım | | Katılıyorum | | Kesinlikle katılıyorum | | Toplam | Ort. - x | Stan. Sapma S |
|--|-------------------------|-----|--------------|------|------------|------|-------------|------|------------------------|------|--------|----------|---------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | | |
| 1. Hasta kayıt işlemleri için çok beklemiyorum. | 12 | 3 | 37 | 9,3 | 70 | 17,5 | 227 | 56,8 | 54 | 13,5 | 400 | 3,69 | 0,924 |
| 2. Kayıt kabul sırası beklenen yerler rahat. | 8 | 2 | 35 | 8,8 | 89 | 22,3 | 240 | 60 | 28 | 7 | 400 | 3,61 | 0,821 |
| 3. Hekimler hastaya hastalığı konusunda bilgi veriyor ve zaman ayırıyorlar. | 8 | 2 | 10 | 2,5 | 54 | 13,5 | 296 | 74 | 32 | 8 | 400 | 3,84 | 0,685 |
| 4. Hekimler kibar ve saygılılar. | 9 | 2,3 | 25 | 6,3 | 81 | 20,3 | 254 | 63,5 | 31 | 7,8 | 400 | 3,68 | 0,796 |
| 5. Diğer çalışanlar kibar ve saygılılar. | 10 | 2,5 | 17 | 4,3 | 123 | 30,8 | 227 | 56,8 | 23 | 5,8 | 400 | 3,59 | 0,770 |
| 6. Tüm personel kişisel mahremiyete(muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösteriyor. | 0 | 0 | 14 | 3,5 | 78 | 19,5 | 255 | 63,8 | 53 | 13,3 | 400 | 3,87 | 0,672 |
| 7. Sağlık kuruluşlarında danışma birimi ve karşılama yönlendirme çalışanları bulunmaktadır. | 4 | 1 | 31 | 7,8 | 42 | 10,5 | 299 | 74,8 | 24 | 6 | 400 | 3,77 | 0,717 |
| 8. Sağlık kuruluşlarında danışma birimi ve karşılama yönlendirme çalışanları ulaşılabilir durumda ve etkin çalışmaktadırlar. | 0 | 0 | 57 | 14,3 | 129 | 32,3 | 195 | 48,8 | 19 | 4,8 | 400 | 3,44 | 0,792 |
| 9. Sağlık kuruluşlarında engelli vatandaşlara yönelik (tekerlekli sandalye, engelli parkurları, lavaboları, otoparkları v.b.) hizmetler bulunmaktadır. | 3 | 0,8 | 54 | 13,5 | 66 | 16,5 | 238 | 59,5 | 39 | 9,8 | 400 | 3,64 | 0,862 |

| Sağlık Alanında Yaşanan Kalite Değişimleri | Kesinlikle katılmıyorum | | Katılmıyorum | | Kararsızım | | Katılıyorum | | Kesinlikle katılıyorum | | Toplam | Ort. - x | Stan. Sapma S |
|---|-------------------------|------|--------------|------|------------|------|-------------|------|------------------------|------|--------|----------|---------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | | |
| 10. Hasta hakları hastalar tarafından bilinmektedir. | 6 | 1,5 | 46 | 11,5 | 125 | 31,3 | 197 | 49,3 | 26 | 6,5 | 400 | 3,48 | 0,837 |
| 11. Hasta sorumlulukları hastalar tarafından bilinmektedir. | 51 | 12,8 | 101 | 25,3 | 99 | 24,8 | 127 | 31,8 | 22 | 5,5 | 400 | 2,92 | 1,139 |
| 12. Gerekğinde hasta hakları birimlerine şikâyet öneri ve görüşler rahatça belirtilmekte ve birim müracaatlarla alakadar olmaktadır. | 20 | 5 | 28 | 7 | 61 | 15,3 | 209 | 52,3 | 82 | 20,5 | 400 | 3,76 | 1,017 |
| 13. Kamu sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak muayene olunabilmektedir. | 1 | 0,3 | 9 | 2,3 | 43 | 10,8 | 148 | 37 | 199 | 49,8 | 400 | 4,34 | 0,778 |
| 14. Sağlık kuruluşları (odalar, bekleme alanları, lavabo ve tuvaletler v.b.) genel olarak temiz ve düzenli. | 1 | 0,3 | 23 | 5,8 | 116 | 29 | 200 | 50 | 60 | 15 | 400 | 3,74 | 0,791 |
| 15. Yataklı tedavi kurumlarının kalınan odalarında banyo, tuvalet ve refakatçi için yatak ya da kanepeler bulunmaktadır. | 2 | 0,5 | 26 | 6,5 | 109 | 27,3 | 232 | 58 | 31 | 7,8 | 400 | 3,66 | 0,735 |
| 16. Hasta odalarında televizyon, hemşire çağrı zili, pozisyon değiştirebilir yatakların kullanılmaktadır. | 2 | 0,5 | 15 | 3,8 | 103 | 25,8 | 261 | 65,3 | 19 | 4,8 | 400 | 3,70 | 0,641 |
| 17. Hastanelerin hasta odalarındaki eşyalar çalışır durumdadır (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak vb.). | 0 | 0 | 16 | 4 | 83 | 20,8 | 287 | 71,8 | 14 | 3,5 | 400 | 3,75 | 0,583 |
| 18. Servis hemşireleri odadaki eşyaların kullanımı hakkında ve çeşitli sağlık konularında (beslenme, el hijyeni, sigara kullanımı v.b.) hastayı ve yakınlarını bilgilendirmektedir. | 0 | 0 | 15 | 3,8 | 47 | 11,8 | 317 | 79,3 | 21 | 5,3 | 400 | 3,86 | 0,549 |

| Sağlık Alanında Yaşanan Kalite Değişimleri | Kesinlikle katılmıyorum | | Katılmıyorum | | Kararsızım | | Katılıyorum | | Kesinlikle katılıyorum | | Toplam | Ort. - x | Stan. Sapma S |
|--|-------------------------|-----|--------------|-----|------------|------|-------------|------|------------------------|-----|--------|----------------|---------------------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | | | |
| 19. Servis hemşireleri yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verirler. | 0 | 0 | 16 | 4 | 56 | 14 | 316 | 79 | 12 | 3 | 400 | 3,81 | 0,543 |
| 20. Kalınan odalar rahat, yemekler sıcak ve temizdir. | 2 | 0,5 | 15 | 3,8 | 46 | 11,5 | 319 | 79,8 | 18 | 4,5 | 400 | 3,84 | 0,575 |
| 21. Servis hemşireleri belli işlemler için koldaki kimlik bilgilerinin bulunduğu bilekliği kontrol eder ve nöbet değişimlerinde birbirlerine hasta başında bilgilendirme yaparlar. | 0 | 0 | 15 | 3,8 | 53 | 13,3 | 314 | 78,5 | 18 | 4,5 | 400 | 3,84 | 0,549 |
| 22. Hastanelerin her türlü güvenlik önlemleri (güvenlik görevlisi, acil çıkış kapıları,pencereleri v.b.) var ve etkin biçimde kullanılmaktadır. | 0 | 0 | 17 | 4,3 | 38 | 9,5 | 334 | 83,5 | 11 | 2,8 | 400 | 3,85 | 0,520 |

2.10.3. Araştırmaya Katılanların Demografik Değişkenlerinin Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi

H4: Katılımcıların eğitim seviyesi ile sosyal güvenceye sahip olma oranı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır.

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------|---------|----|-----------------------|
| Ki kare | 172,180 | 20 | 0,000 |

$p < 0.5$ $X^2 > ,039$ H4: Kabul

Tablo 13

Eğitim Durumu ve Sosyal Güvence Arasındaki İlişki

| | | Sosyal Güvence | | | | | Toplam | | |
|---------------|------------------|----------------|------------|------------|-----------------------|----------------------|--------|--------|--------|
| | | SGK çalışan | SGK emekli | Yeşil kart | Özel sağlık sigortası | Sosyal güvencesi yok | | | |
| Eğitim Durumu | Okur yazar değil | Sayı | 0 | 2 | 44 | 0 | 2 | 48 | |
| | | % | ,0% | 4,2% | 91,7% | ,0% | 4,2% | 100,0% | |
| | İlköğretim | Sayı | 26 | 13 | 125 | 4 | 6 | 174 | |
| | | % | 14,9% | 7,5% | 71,8% | 2,3% | 3,4% | 100,0% | |
| | Lise ve dengi | Sayı | 39 | 19 | 44 | 3 | 0 | 105 | |
| | | % | 37,1% | 18,1% | 41,9% | 2,9% | ,0% | 100,0% | |
| | Ön lisans | Sayı | 16 | 10 | 0 | 0 | 0 | 26 | |
| | | % | 61,5% | 38,5% | ,0% | ,0% | ,0% | 100,0% | |
| | Lisans ve üstü | Sayı | 27 | 7 | 0 | 5 | 6 | 45 | |
| | | % | 60,0% | 15,6% | ,0% | 11,1% | 13,3% | 100,0% | |
| | Toplam | | Sayı | 108 | 51 | 213 | 12 | 14 | 398 |
| | | | % | 27,1% | 12,8% | 53,5% | 3,0% | 3,5% | 100,0% |

($X^2 = 172,180$, $p = 0,000$)

Eğitim durumu ile sosyal güvence arasındaki ilişki tablo 13’de verilmiştir. % 95 güven düzeyinde hipotezin kabul edilmesi kişilerin eğitim seviyesi ile sosyal güvenceye sahip olma oranı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Eğitim durumu ile sosyal güvence arasındaki ilişki incelendiğinde görüleceği gibi, ilişkinin okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunları arasında yeşil kart sahipleri oranının genel durumdan oldukça yüksek olmasından kaynaklandığı görülmektedir.

Bunun yanı sıra lise ve dengi okul mezunlarının dahi sosyal güvencesinin % 41,9'unun yeşil kart olduğu ortaya çıkmıştır. Eğitim durumu dışında sadece sosyal güvencesi yeşil kart olanların sayısına bakıldığında, sayının diğer güvence durumlarından da daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre doğu illerindeki vatandaşların sosyal güvencesi daha çok yeşil karttır.

H5: Katılımcıların Cinsiyeti ile bakmakla yükümlü olan kişi sayısı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır.

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|-------------------|--------------------------------|----|-----------------------|
| Ki kare | 75.875 | 16 | ,000 |
| p < 0.5 | X² > ,000 | | H5 : Kabul |

Tablo 14

Cinsiyet ve Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Sayısı Arasındaki İlişki

| | | | Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı | | | | | | | Toplam |
|----------|-------|------|-------------------------------------|-------|-------|-------|------|------|--------------------|--------|
| | | | Yok | 2 | 3-4 | 5-6 | 7-8 | 9-10 | 11 veya daha fazla | |
| Cinsiyet | Erkek | Sayı | 38 | 30 | 53 | 44 | 10 | 13 | 18 | 206 |
| | | % | 18,4% | 14,6% | 25,7% | 21,4% | 4,9% | 6,3% | 8,7% | 100 |
| | Kadın | Sayı | 111 | 21 | 19 | 31 | 7 | 4 | 1 | 194 |
| | | % | 57,2% | 10,8% | 9,8% | 16,0% | 3,6% | 2,1% | ,5% | 100 |
| Toplam | | Sayı | 149 | 51 | 72 | 75 | 17 | 17 | 19 | 400 |
| | | % | 37,3% | 12,8% | 18,0% | 18,8% | 4,3% | 4,3% | 4,8% | 100 |

($X^2 = 75,875$, $p = 0,000$)

Hipotezinin kabul edilmesi cinsiyet ile kişilerin bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı arasında anlamlı bir ilişkinin varlığını göstermektedir. Cinsiyetle bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı karşılaştırıldığında, bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı seçeneklerinin hepsinde, erkeklerin oranının her grupta yüksek olduğu görülmektedir.

H6: Katılımcıların eğitim seviyesi ile bakmakla yükümlü olan kişi sayısı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır.

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------|---------|----|-----------------------|
| Ki kare | 135.721 | 20 | ,024 |

$p < ,05$

$X^2 > ,024$

Ho: Kabul

Tablo 15

Eğitim Durumu ve Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Sayısı Arasındaki İlişki

| | | | Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı | | | | | | | Toplam | |
|---------------|------------------|------|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|--------------------|--------|-----|
| | | | Yok | 2 | 3-4 | 5-6 | 7-8 | 9-10 | 11 veya daha fazla | | |
| Eğitim Durumu | Okur yazar değil | Sayı | 35 | 2 | 0 | 4 | 3 | 2 | 2 | 48 | |
| | | % | 72,9% | 4,2% | ,0% | 8,3% | 6,3% | 4,2% | 4,2% | 100 | |
| | İlköğretim | Sayı | 64 | 4 | 32 | 35 | 11 | 14 | 16 | 176 | |
| | | % | 36,4% | 2,3% | 18,2% | 19,9% | 6,3% | 8,0% | 9,1% | 100 | |
| | Lise ve dengi | Sayı | 34 | 18 | 20 | 28 | 3 | 1 | 1 | 105 | |
| | | % | 32,4% | 17,1% | 19,0% | 26,7% | 2,9% | 1,0% | 1,0% | 100 | |
| | Ön lisans | Sayı | 1 | 12 | 8 | 5 | 0 | 0 | 0 | 26 | |
| | | % | 3,8% | 46,2% | 30,8% | 19,2% | ,0% | ,0% | ,0% | 100 | |
| | Lisans ve üstü | Sayı | 15 | 15 | 12 | 3 | 0 | 0 | 0 | 45 | |
| | | % | 33,3% | 33,3% | 26,7% | 6,7% | ,0% | ,0% | ,0% | 100 | |
| | Toplam | | Sayı | 149 | 51 | 72 | 75 | 17 | 17 | 19 | 400 |
| | | | % | 37,3% | 12,8% | 18,0% | 18,8% | 4,3% | 4,3% | 4,8% | 100 |

($X^2 = 135,721$, $p = 0,000$)

Eğitim durumu ile bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı karşılaştırıldığında, daha çok “yok ” cevabının yoğunlukta olduğu görülmektedir. Yoğunluklu olarak yok cevabını veren grup ise okur yazar olmayan ve ilköğretim mezunu gruptur. Bunun

nedeninin daha öncede demografik değişken tablosunda (tablo 9) belirttiğimiz gibi kadınların, özelliklede çalışmıyorlarsa, bakmakla yükümlü oldukları kişilerin yükümlülüğü, eş çalıştığı için eşte görülmektedir. Bu durumda bakmakla yükümlü olunan kişi sayısının yüzdesini düşürmektedir. Cinsiyet değişkeni ile Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Sayısının incelendiği tabloda (tablo 14) söylediklerimizi doğrular niteliktedir. Tablo 14 incelendiğinde 194 kadından 111’inin “bakmakla yükümlü olduğunuz kişi sayısı” sorusuna “yok” cevabını verdiği görülmektedir.

Tablo 16

Cinsiyet ve Bir Yıl İçerisinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

| | | | Bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı | | | | Toplam |
|----------|-------|------|---|----------|-----------|--------------------|--------|
| | | | 1-5 kez | 6-10 kez | 11-15 kez | 15 veya daha fazla | |
| Cinsiyet | Erkek | Sayı | 28 | 47 | 41 | 90 | 206 |
| | | % | 13,6% | 22,8% | 19,9% | 43,7% | 100,0% |
| Cinsiyet | Kadın | Sayı | 36 | 44 | 40 | 74 | 194 |
| | | % | 18,6% | 22,7% | 20,6% | 38,1% | 100,0% |
| Toplam | | Sayı | 64 | 91 | 81 | 164 | 400 |
| | | % | 16,0% | 22,8% | 20,3% | 41,0% | 100,0% |

($X^2 = 2,314$, $p = 0,510$) ilişki yok

“Cinsiyet” değişkeni ile “bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı” değişkeni arasında ilişki incelendiğinde ki kare testine göre aralarında bir ilişki bulunmamaktadır. $X^2 = 2,314$, $p = 0,510$ sonucuna göre $0,510 > 0,05$ ’den büyüktür, bu nedenle değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

H7: Katılımcıların medeni durum ile bir yıl içerisinde bir sağlık kurumuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|----------------|-------|----|-----------------------|
| Ki kare | 9.879 | 16 | ,020 |

$p < ,05$

$X^2 > ,020$

Ho: Kabul

Tablo 17

Medeni Durum ve Bir Yıl İçinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

| | | | Bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı | | | | Toplam |
|--------------|-------|------|---|----------|-----------|--------------------|--------|
| | | | 1-5 kez | 6-10 kez | 11-15 kez | 15 veya daha fazla | |
| Medeni Durum | Evli | Sayı | 42 | 59 | 38 | 109 | 248 |
| | | % | 16,9% | 23,8% | 15,3% | 44,0% | 100,0% |
| | Bekar | Sayı | 22 | 32 | 43 | 55 | 152 |
| | | % | 14,5% | 21,1% | 28,3% | 36,2% | 100,0% |
| Toplam | | Sayı | 64 | 91 | 81 | 164 | 400 |
| | | % | 16,0% | 22,8% | 20,3% | 41,0% | 100,0% |

($X^2 = 9,879$, $p = 0,020$) ilişki var.

Bu hipotez “medeni durum ile bir sağlık kurumuna başvuru sayısı” arasında bir ilişkinin varlığından söz etmektedir. Yapılan analiz sonucunda % 95 güven aralığında hipotez kabul edilmiştir.

“Medeni Durum” değişkeninin “bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı” değişkeni ile arasındaki ilişki incelendiğinde (tablo 17) medeni durumu evli olanların % 44’ü bir yıl içinde sağlık kurumuna “15 veya daha fazla” kez başvurmuşlardır. Bekarlara oranla evli olanların sağlık kurumuna başvuru sayısının yüksek olmasının nedeni, evli kişilerin anne babalarının yanı sıra eş ve çocukları içinde sağlık kurumlarına başvurmasıdır. Ancak tek başına bekarların “bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısına bakıldığında % 41’inin “15 veya daha fazla” cevabını verdiği görülmektedir. Buna göre doğu illerindeki vatandaşın sağlık kurumlarına başvuru sayısının ve sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir.

H8: Katılımcıların sosyal güvence durumları ile bir sağlık kurumuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|---------|---------|----|-----------------------|
| Ki kare | 231,035 | 16 | ,000 |

$p < ,05$

$X^2 > ,000$

Ho: Kabul

Tablo 18

Sosyal Güvence ve Bir Yıl İçinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

| | | | Bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı | | | | Toplam |
|-----------------------|-------------|-------|---|----------|-----------|--------------------|--------|
| | | | 1-5 kez | 6-10 kez | 11-15 kez | 15 veya daha fazla | |
| Sosyal Güvence | SGK çalışan | Sayı | 49 | 44 | 15 | 0 | 108 |
| | | % | 45,4% | 40,7% | 13,9% | ,0% | 100,0% |
| | SGK emekli | Sayı | 1 | 20 | 13 | 17 | 51 |
| | | % | 2,0% | 39,2% | 25,5% | 33,3% | 100,0% |
| | Yeşil kart | Sayı | 11 | 20 | 40 | 142 | 213 |
| % | | 5,2% | 9,4% | 18,8% | 66,7% | 100,0% | |
| Özel sağlık sigortası | Sayı | 3 | 7 | 2 | 0 | 12 | |
| | % | 25,0% | 58,3% | 16,7% | ,0% | 100,0% | |
| Sosyal güvencesi yok | Sayı | 0 | 0 | 9 | 5 | 14 | |
| | % | ,0% | ,0% | 64,3% | 35,7% | 100,0% | |
| Toplam | | Sayı | 64 | 91 | 79 | 164 | 398 |
| | | % | 16,1% | 22,9% | 19,8% | 41,2% | 100,0% |

($X^2 = 231,035$, $p = 0,000$) ilişki var

Bu hipotez sosyal güvenceye ile bir sağlık kurumuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki olacağı varsayımını analiz etmek üzere kurulmuştur. Yapılan analiz sonucunda % 95 güven aralığında hipotez kabul edilmiştir.

“Sosyal güvence” değişkeninin “bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı” değişkeni ile arasındaki ilişki incelendiğinde (tablo18); sosyal güvencesi “yeşil kart”

olanların % 66,7'si bir yıl içinde sağlık kurumuna "15 veya daha fazla" kez başvurmuştur. Sosyal güvencesi "SGK çalışan" olanların % 45,4'ünün 1-5 kez başvuru yaptığını ve başvuru sayılarının 15'i geçmediğini görmekteyiz.

Yukarıdaki Tablo 13'de Eğitim durumu ile sosyal güvence arasındaki ilişkinin incelendiğinde, okuryazar olmayanların % 91,7'si, ilköğretim mezunlarının % 71,8'i Yeşil kartlıdır. Eğitim durumu ön lisans olanların % 61,5'i ve eğitim durumu lisans ve lisansüstü olanların % 60'ı "SGK çalışan" grubundadırlar. Buna göre yeşil kart sahiplerinin eğitim seviyesinin düşük, "SGK çalışan" grubununda yüksek olduğunu belirtmiştik. Buna bağlı olarak da eğitim seviyesi düşük olan yeşil kartlı grubun sağlık kurumuna başvuru sayısının yüksek, eğitim seviyesi yüksek olan SGK çalışan grubunun sağlık kurumuna başvuru sayısının düşük çıkması beklenen bir sonuçtur diyebiliriz. Çünkü eğitim seviyesi düşük olan insanların hastalıklardan nasıl korunacağını bilmemesi, tedavisini doğru uygulayamadığından hastalığının tekrarlanması, herhangi bir rahatsızlık durumunda ne yapacağını bilemeyebildiğinden hemen sağlık kurumuna başvuru yapması, başvuru sayısını arttırmaktadır. Eğitim seviyesi yüksek insanlarsa sağlık konusunda daha bilinçli davrandığından başvuru sayılarının düşük olduğu söylenebilir.

Aşağıdaki Tablo 19'da bahis ettiğimiz durumu desteklemektedir. Eğitim durumu ile "bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı" incelendiğinde eğitim seviyesi düşük olanlarının en büyük yüzdeleri "15 ve daha fazla" grubundadır. Eğitim seviyesi ön lisans olanların en büyük yüzdesi "6-10" kez seçeneğinde, lisans ve lisans mezunlarının en büyük yüzdesi ise, "1-5" kez grubundadır.

H9: Katılımcıların eğitim seviyesi ve bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|----------------|---------|----|-----------------------|
| Ki kare | 146,444 | 20 | ,000 |

p < ,05

X² > ,000

Ho: Kabul

Tablo 19**Eğitim Durumu ve Bir Yıl İçinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki**

| | | | Bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı | | | | Toplam |
|---------------|------------------|-----------|---|-------------|-------------|--------------------|---------------|
| | | | 1-5 kez | 6-10 kez | 11-15 kez | 15 veya daha fazla | |
| Eğitim Durumu | Okur yazar değil | Sayı % | 4 8,3% | 1 2,1% | 5 10,4% | 38 79,2% | 48 100,0% |
| | İlköğretim | Sayı % | 12 6,8% | 28 15,9% | 41 23,3% | 95 54,0% | 176 100,0% |
| | Lise ve dengi | Sayı % | 20 19,0% | 35 33,3% | 28 26,7% | 22 21,0% | 105 100,0% |
| | Ön lisans | Sayı % | 4 15,4% | 16 61,5% | 0 ,0% | 6 23,1% | 26 100,0% |
| | Lisans ve üstü | Sayı % | 24 53,3% | 11 24,4% | 7 15,6% | 3 6,7% | 45 100,0% |
| Toplam | | Sayı % | 64 16,0% | 91 22,8% | 81 20,3% | 164 41,0% | 400 100,0% |

($X^2 = 146,444$, $p = 0,000$) ilişki var

Tablo 20**Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Sayısı ve Bir Yıl İçinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki**

| | | | Bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı | | | | Toplam |
|-------------------------------------|--------------------|-----------|---|-------------|-------------|--------------------|---------------|
| | | | 1-5 kez | 6-10 kez | 11-15 kez | 15 veya daha fazla | |
| Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı | Yok | Sayı % | 20 13,4% | 22 14,8% | 46 30,9% | 61 40,9% | 149 100,0% |
| | 2 | Sayı % | 31 60,8% | 8 15,7% | 6 11,8% | 6 11,8% | 51 100,0% |
| | 3-4 | Sayı % | 9 12,5% | 40 55,6% | 7 9,7% | 16 22,2% | 72 100,0% |
| | 5-6 | Sayı % | 2 2,7% | 20 26,7% | 13 17,3% | 40 53,3% | 75 100,0% |
| | 7-8 | Sayı % | 0 ,0% | 0 ,0% | 8 47,1% | 9 52,9% | 17 100,0% |
| | 9-10 | Sayı % | 2 11,8% | 1 5,9% | 0 ,0% | 14 82,4% | 17 100,0% |
| | 11 veya daha fazla | Sayı % | 0 ,0% | 0 ,0% | 1 5,3% | 18 94,7% | 19 100,0% |
| Toplam | | Sayı % | 64 16,0% | 91 22,8% | 81 20,3% | 164 41,0% | 400 100,0% |

($X^2 = 196,185$, $p = 0,000$) ilişki var.

“Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı” değişkeninin “bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı” değişkeni ile arasındaki ilişki incelendiğinde; Bakmakla yükümlü kişi sayısının “yok” olduğu seçenek dışında, Bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı arttıkça sağlık kurumuna başvuru sayısı da artmaktadır.

H10: Katılımcıların yaş grupları ve bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|----------------|--------|----|-----------------------|
| Ki kare | 55,634 | 21 | ,000 |

$p < ,05$

$X^2 > ,000$

Ho: Kabul

Bu hipotez yaş grupları ve bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı arasındaki ilişkiyi analiz etmek üzere kurulmuştur. Analiz sonucunda % 95 güven aralığında hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 21

Yaş Grupları ve Bir Yıl İçinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı Arasındaki İlişki

| | | | Bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı | | | | Toplam |
|--------------|---------|-----------|---|-------------|-------------|--------------------|---------------|
| | | | 1-5 kez | 6-10 kez | 11-15 kez | 15 veya daha fazla | |
| Yaş Grupları | 15-24 | Sayı % | 8 8,7% | 14 15,2% | 24 26,1% | 46 50,0% | 92 100,0% |
| | 25-34 | Sayı % | 37 29,1% | 38 29,9% | 15 11,8% | 37 29,1% | 127 100,0% |
| | 35-44 | Sayı % | 14 15,2% | 27 29,3% | 21 22,8% | 30 32,6% | 92 100,0% |
| | 45-54 | Sayı % | 2 3,8% | 10 18,9% | 12 22,6% | 29 54,7% | 53 100,0% |
| | 55-üstü | Sayı % | 3 8,3% | 2 5,6% | 9 25,0% | 22 61,1% | 36 100,0% |
| Toplam | | Sayı % | 64 16,0% | 91 22,8% | 81 20,3% | 164 41,0% | 400 100,0% |

($X^2 = 55,634$, $p = 0,000$) ilişki var

“Yaş grupları” değişkeninin “bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı” değişkeni ile arasındaki ilişki incelendiğinde; 45- 54 yaş grubunun % 54,7’si ve 55 yaş üstü grubunun % 61,1’i “15 veya daha fazla” cevabını vermişlerdir. Buna göre, yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düşmesi ve hastalıkların artması nedeniyle sağlık kurumlarına başvuru sayısı 45-54 yaş ve 55 yaş ve üstü grupta artmaktadır. Fakat tabloya bakınca 15- 24 yaş grubunun % 50’sinin sağlık kuruluşlarına “15 veya daha fazla” başvurduğu görülmektedir. Böyle bir sonuç çıkmasının nedeni ise, araştırmaya katılanların büyük bir yüzdesini yeşil kartlıların ve bu grubunda eğitim seviyesi düşük olan grupta olduğunu daha önceki tablolarda görmüştük bu nedenle bu yaş grubundaki kişilerin eğitim seviyesinin düşük olduğu ya da bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısının yüksek olması söylenebilir.

2.10.4. Araştırmaya Katılanların Demografik Özelliklerinin Sağlık Alanındaki İdari, Teknik ve Kalite Bakımından Meydana Gelen Değişikliklerle Aralarındaki İlişkiye Ait Bilgiler

H11: Sağlık hizmetlerinde değişimin algılanması cinsiyet faktörüne göre farklılık göstermez.

Tablo 22

Sağlık hizmetlerindeki değişimin cinsiyet değişkeni bakımından değerlendirilmesi t testi tablosu

| Değişkenler | Değişim | | <i>t</i> Değeri | |
|--------------------------------------|----------------|----------------|--------------------|----------|
| | Erkek (Ort) | Kadın (Ort) | | |
| İdari Boyuttaki Değişimler | 3,3782 | 3,2625 | -1,202 ** | Fark YOK |
| Teknik Boyuttaki Değişimler | 3,3226 | 3,4046 | 2,936* | Fark VAR |
| Kalite Boyutundaki Değişimler | 3,8129 | 3,5469 | -2,501* | Fark VAR |

*p< ,05, **p> ,05

(1: -Kesinlikle Katılmıyorum..... 5:Kesinlikle Katılıyorum)

Sağlık hizmetlerindeki idari boyuttaki değişim ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır [$t_{(400)} = 1,202$, $p=0,230>0,05$]. Sağlık hizmetlerindeki teknik ve kalite boyutlarının cinsiyet değişkeni ile incelendiğinde ise; teknik boyuttaki değişimlerin algı ve memnuniyet düzeyinin erkeklerde daha

yüksek olduğu, kalite boyutundaki değişimlerde ise kadınların algı ve memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir.

H12: Sağlık hizmetlerinde değişimin algılanması medeni durum faktörüne göre farklılık göstermez.

Tablo 23

Sağlık hizmetlerindeki değişim medeni durum değişkeni bakımından değerlendirilmesi t testi tablosu

| Değişkenler | Değişim | | t Değeri |
|-------------------------------|------------|-------------|------------------|
| | Evli (Ort) | Bekar (Ort) | |
| İdari Boyuttaki Değişimler | 3,3782 | 3,2625 | 3,168 * FARK VAR |
| Teknik Boyuttaki Değişimler | 3,3226 | 3,4046 | -1,821*FARK YOK |
| Kalite Boyutundaki Değişimler | 3,8129 | 3,5469 | 6,662 FARK VAR |

*p< ,05, **p> ,05

(1: -Kesinlikle Katılmıyorum..... 5:Kesinlikle Katılıyorum)

Sağlık hizmetlerindeki değişimin idari ve kalite boyutlarının medeni durum değişkeni ile incelendiğinde; idari boyuttaki değişimlerin algı ve memnuniyet düzeyinin evlilerde daha yüksek olduğu, kalite boyutundaki değişimlerde de yine evlilerin algı ve memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerindeki teknik boyuttaki değişim ile medeni durum değişkeni arasında ise, anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır [$t_{(400)} = 1,821$, $p=0,69>0,05$]. Bunun nedeninin bekarların daha çok genç nüfustan oluştuğu düşünülürse gençlerin dolayısıyla bekarların, gelişen dünyanın getirdiklerinden daha fazla yararlandıkları için memnuniyet kriterlerinin daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

H13: Yaş grupları ile kişilerin Sağlık hizmetlerindeki değişimi algılama düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 24**Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Yaş Grupları Değişkeni Bakımından İncelenmesi (ANNOVA TESTİ)**

| | Yaş Grupları | N | Ort. | Std. sapma | f | Sig. |
|-------------------------------|--------------|-----|--------|------------|-------|------|
| İdari Boyuttaki Değişimler | 15-24 | 92 | 3,3576 | ,34410 | 5,699 | ,000 |
| | 25-34 | 127 | 3,2937 | ,34727 | | |
| | 35-44 | 92 | 3,3793 | ,38489 | | |
| | 45-54 | 53 | 3,1877 | ,34861 | | |
| | 55-üstü | 36 | 3,5181 | ,28009 | | |
| | Toplam | 400 | 3,3343 | ,35862 | | |
| Teknik Boyuttaki Değişimler | 15-24 | 92 | 3,3234 | ,42386 | 1,335 | ,256 |
| | 25-34 | 127 | 3,4193 | ,42067 | | |
| | 35-44 | 92 | 3,3356 | ,46731 | | |
| | 45-54 | 53 | 3,3491 | ,38321 | | |
| | 55-üstü | 36 | 3,2535 | ,52311 | | |
| | Toplam | 400 | 3,3538 | ,43860 | | |
| Kalite Boyutundaki Değişimler | 15-24 | 92 | 3,6991 | ,42313 | 6,818 | ,000 |
| | 25-34 | 127 | 3,6102 | ,48412 | | |
| | 35-44 | 92 | 3,8177 | ,32356 | | |
| | 45-54 | 53 | 3,6458 | ,29544 | | |
| | 55-üstü | 36 | 3,9293 | ,25353 | | |
| | Toplam | 400 | 3,7118 | ,40803 | | |

Sağlık hizmetlerindeki idari ve kalite boyutlarındaki değişimin yaş grupları değişkeni ile incelendiğinde; idari ve kalite boyutundaki değişimlerin memnuniyet düzeyinin 55 yaş ve üstü olanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerindeki teknik boyuttaki değişim ile yaş grupları değişkeni arasında ise, anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır [256>0,05]. Bunun nedeninin tablo 23’de açıklandığı gibi ki böylelikle sonuçlarımızda örtüşmektedir; sadece ülkemizde değil tüm dünyada eskiye göre sosyal, teknolojik v.b. olanaklar çok daha fazla olduğundan ve gelişim hızla ilerlediğinden, bu olanaklardan da yararlanan genç nüfusun tatmin seviyesi de yükselmektedir. Bu nedenle yaşlı nüfusun algıdan ziyade memnuniyet düzeyinin daha fazla olduğu söylenebilir.

H14: Katılımcıların eğitim durumları ile sağlık hizmetlerindeki değişimi algılama düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 25

Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Eğitim Durumu Değişkeni Bakımından İncelenmesi (ANNOVA TESTİ)

| | Eğitim durumu | N | Ort. | Std. sapma | F | Sig. |
|-------------------------------|------------------|-----|--------|------------|--------|------|
| İdari Boyuttaki Değişimler | Okur yazar değil | 48 | 3,3990 | ,45059 | 12,603 | ,000 |
| | İlköğretim | 176 | 3,4386 | ,33030 | | |
| | Lise ve dengi | 105 | 3,2719 | ,31872 | | |
| | Ön lisans | 26 | 3,0654 | ,29078 | | |
| | Lisans ve üstü | 45 | 3,1578 | ,30877 | | |
| | Toplam | 400 | 3,3343 | ,35862 | | |
| Teknik Boyuttaki Değişimler | Okur yazar değil | 48 | 3,0677 | ,37805 | 13,541 | ,000 |
| | İlköğretim | 176 | 3,2848 | ,45389 | | |
| | Lise ve dengi | 105 | 3,4500 | ,41334 | | |
| | Ön lisans | 26 | 3,5529 | ,38434 | | |
| | Lisans ve üstü | 45 | 3,5889 | ,27259 | | |
| | Toplam | 400 | 3,3538 | ,43860 | | |
| Kalite Boyutundaki Değişimler | Okur yazar değil | 48 | 3,8267 | ,33226 | 4,992 | ,001 |
| | İlköğretim | 176 | 3,7606 | ,40104 | | |
| | Lise ve dengi | 105 | 3,6346 | ,48703 | | |
| | Ön lisans | 26 | 3,4703 | ,39248 | | |
| | Lisans ve üstü | 45 | 3,7182 | ,17700 | | |
| | Toplam | 400 | 3,7118 | ,40803 | | |

Eğitim durumu açısından istatistiksel olarak bütün gruplar arasında anlamlı farklılık vardır. İdari boyuttaki değişiklikler ile eğitim durumu değişkeni incelendiğinde ilköğretim mezunlarının ortalaması daha yüksektir. Teknik boyuttaki değişiklikler ile eğitim durumu değişkeni incelendiğinde lisans ve lisansüstü mezunların ortalaması daha yüksektir. Kalite boyutundaki değişiklikler ile eğitim durumu değişkeni incelendiğinde ise, okuryazar olmayanların ortalaması daha yüksektir.

H15: Katılımcıların sosyal güvence durumları ile sağlık hizmetlerindeki değişimi algılama düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 26

Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Sosyal Güvence Değişkeni Bakımından İncelenmesi (ANNOVA TESTİ)

| | Sosyal güvence | N | Ort. | Std. sapma | F | Sig. |
|-------------------------------|-----------------------|-----|--------|------------|--------|------|
| İdari Boyuttaki Değişimler | SGK çalışan | 108 | 3,2699 | ,35183 | 4,755 | ,001 |
| | SGK emekli | 51 | 3,2245 | ,36570 | | |
| | Yeşil kart | 213 | 3,3817 | ,35660 | | |
| | Özel sağlık sigortası | 12 | 3,5917 | ,33086 | | |
| | Sosyal güvencesi yok | 14 | 3,2857 | ,25603 | | |
| | Toplam | 398 | 3,3342 | ,35952 | | |
| Teknik Boyuttaki Değişimler | SGK çalışan | 108 | 3,5590 | ,41702 | 13,857 | ,000 |
| | SGK emekli | 51 | 3,4608 | ,37955 | | |
| | Yeşil kart | 213 | 3,2670 | ,41909 | | |
| | Özel sağlık sigortası | 12 | 3,2083 | ,33000 | | |
| | Sosyal güvencesi yok | 14 | 2,9464 | ,36596 | | |
| | Toplam | 398 | 3,3580 | ,43549 | | |
| Kalite Boyutundaki Değişimler | SGK çalışan | 108 | 3,7075 | ,32388 | ,536 | ,709 |
| | SGK emekli | 51 | 3,7398 | ,33067 | | |
| | Yeşil kart | 213 | 3,6974 | ,48076 | | |
| | Özel sağlık sigortası | 12 | 3,8598 | ,12777 | | |
| | Sosyal güvencesi yok | 14 | 3,7403 | ,12278 | | |
| | Toplam | 398 | 3,7120 | ,40905 | | |

Sağlık hizmetlerindeki kalite boyutundaki değişim sosyal güvence değişkeni bakımından incelendiğinde, aralarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir ($t_{709} > 0,05$). Sağlık hizmetlerindeki, idari ve teknik değişim ile sosyal güvence değişkeni incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark ortaya çıkmaktadır. İdari boyuttaki değişimlerin sosyal güvence bakımından incelenmesinde “özel sağlık sigortası bulunanların ve yeşil kartlıların” ortalaması yüksektir. Teknik boyuttaki değişimlerin sosyal güvence bakımından incelenmesinde ise SGK Çalışan değişkeninin ortalaması daha yüksektir.

Buna göre idari boyuttaki değişimlerden özel sağlık sigortası olanların ve yeşil kartlıların algısından ziyade memnuniyetinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Çünkü teknik değişimlerin ortalamasının en yüksek olduğu grup SGK Çalışan grubudur. Teknik boyuttaki değişimlerde algısı en yüksek grup olan SGK Çalışan grubu da idari değişikliklerin farkındadır, fakat memnuniyet düzeyleri yeşil kartlılardan daha düşüktür denilebilir, teknik bakımdan yaşanan değişikliklerde ise ortalaması en düşük grup “özel sağlık sigortalılar ve yeşil kartlılardır”. Bu sonucun nedeni, tablo 13’de bakıldığında eğitim durumunun sosyal güvence ile karşılaştırıldığında “okuryazar olmayanların ve ilköğretim” mezunlarının yeşil kart oranının yüksek olduğu, “ön lisans ve lisans” mezunlarının ise SGK çalışan grubunda olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olan kişilerinde teknik değişimlerdeki internet, web v.b. hizmetlerden kolaylıkla yararlanabildiği için bu gruptaki memnuniyetinin eğitim seviyesi daha düşük olan yeşil kartlılardan daha yüksek olduğu beklenen bir sonuçtur diyebiliriz. Zira eğitim seviyesi düşük olan insanların bu hizmetlerden haberdar olduğu fakat nasıl kullanacaklarını bilmediklerinden böyle bir sonuç çıkmıştır denebilir.

H16: Katılımcıların sağlık hizmetlerindeki değişimi algılama düzeyi ile bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 27

Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi Sayısı Bakımından İncelenmesi

| | Bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı | N | Ort. | Std. sapma | F | Sig. |
|-------------------------------|-------------------------------------|-----|--------|------------|--------|-------|
| İdari Boyuttaki Değişimler | Yok | 149 | 3,4443 | ,36901 | 6,200 | ,000 |
| | 2 | 51 | 3,1863 | ,26553 | | |
| | 3-4 | 72 | 3,3306 | ,35609 | | |
| | 5-6 | 75 | 3,2653 | ,35125 | | |
| | 7-8 | 17 | 3,0853 | ,35872 | | |
| | 9-10 | 17 | 3,4088 | ,31137 | | |
| | 11 veya daha fazla | 19 | 3,3105 | ,28459 | | |
| | Toplam | 400 | 3,3343 | ,35862 | | |
| | Teknik Boyuttaki Değişimler | Yok | 149 | 3,2282 | | |
| 2 | | 51 | 3,5074 | ,32250 | | |
| 3-4 | | 72 | 3,4757 | ,43839 | | |
| 5-6 | | 75 | 3,3467 | ,50193 | | |
| 7-8 | | 17 | 3,3676 | ,43855 | | |
| 9-10 | | 17 | 3,4044 | ,40391 | | |
| 11 veya daha fazla | | 19 | 3,4342 | ,40261 | | |
| Toplam | | 400 | 3,3538 | ,43860 | | |
| Kalite Boyutundaki Değişimler | | Yok | 149 | 3,6873 | ,50242 | 1,118 |
| | 2 | 51 | 3,6818 | ,31096 | | |
| | 3-4 | 72 | 3,6881 | ,34704 | | |
| | 5-6 | 75 | 3,7879 | ,36794 | | |
| | 7-8 | 17 | 3,6604 | ,26265 | | |
| | 9-10 | 17 | 3,6658 | ,40970 | | |
| | 11 veya daha fazla | 19 | 3,8612 | ,20579 | | |
| | Toplam | 400 | 3,7118 | ,40803 | | |

Sağlık hizmetlerindeki kalite boyutundaki değişimlerin bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($,351 > 0,05$). Sağlık hizmetlerindeki değişimin idari ve teknik boyutları ile bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı değişkeni incelendiğinde

anlamli bir fark ortaya çıkmaktadır. İdari boyuttaki değişimlerin bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı bakımından incelenmesinde “yok” cevabı verenlerin ortalaması yüksektir. Teknik boyuttaki değişimlerin bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı bakımından incelenmesinde “2” cevabı verenlerin ortalaması yüksektir.

H17: Katılımcıların sağlık hizmetlerindeki değişimi algılama düzeyi ile sağlık kurumuna başvuru sayıları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 28

**Sağlık Hizmetlerindeki Değişimin Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı
Bakımından İncelenmesi**

| | Sağlık kurumuna başvuru sayısı | N | Ort. | Std. sapma | F | Sig. |
|-------------------------------|--------------------------------|-----|--------|------------|-------|------|
| İdari Boyuttaki Değişimler | 1-5 kez | 64 | 3,3227 | ,35756 | 2,327 | ,074 |
| | 6-10 kez | 91 | 3,2527 | ,35256 | | |
| | 11-15 kez | 81 | 3,3617 | ,36480 | | |
| | 15 veya daha fazla | 164 | 3,3704 | ,35497 | | |
| | Toplam | 400 | 3,3343 | ,35862 | | |
| Teknik Boyuttaki Değişimler | 1-5 kez | 64 | 3,4707 | ,36032 | 5,612 | ,001 |
| | 6-10 kez | 91 | 3,4423 | ,46335 | | |
| | 11-15 kez | 81 | 3,3580 | ,45747 | | |
| | 15 veya daha fazla | 164 | 3,2569 | ,42457 | | |
| | Toplam | 400 | 3,3538 | ,43860 | | |
| Kalite Boyutundaki Değişimler | 1-5 kez | 64 | 3,6797 | ,31714 | 5,655 | ,001 |
| | 6-10 kez | 91 | 3,7273 | ,35124 | | |
| | 11-15 kez | 81 | 3,5668 | ,60895 | | |
| | 15 veya daha fazla | 164 | 3,7874 | ,31907 | | |
| | Toplam | 400 | 3,7118 | ,40803 | | |

Sağlık hizmetlerindeki idari değişimler ile “bir yıl içerisinde sağlık kurumuna başvuru sayısı” değişkeni incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark ortaya bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerindeki teknik ve kalite boyutundaki değişimlerle “bir yıl içerisinde sağlık kurumuna başvuru sayısı” değişkenin aralarındaki ilişki incelendiğinde, anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Teknik boyuttaki değişimlerle bir yıl içinde sağlık kurumuna başvuru sayısı incelendiğinde “1- 5 kez” , kalite boyutunda ise “15 ve daha fazla” cevabını verenlerin ortalaması yüksektir.

2.10.5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada sağlık alanında 2000’li yıllarda yapılan değişikliklerin teorik tanımlayıcı boyutları oluşturulmuş ve doğu illerinde yaşayan vatandaşların sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından yapılan değişikliklerin algı düzeylerinin ve de algılarının ne yönde olduğunun bulunması amaçlanmıştır. Ayrıca doğu illerindeki vatandaşların demografik ve sağlıkla ilgili özelliklerinin (sosyal güvencesi, sağlık kuruluşuna başvuru sayısı v.b.) sağlıktaki idari, teknik ve kalite bakımından yaşanan değişiklikler ile ilişkisi incelenmiştir.

Araştırma sonucuna göre, doğu illerindeki vatandaşların 2000’li yıllarda sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından yaşanan değişikliklerin algı seviyesinin yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 10, 11, 12). Buna göre 2000’li yıllarda sağlık alanında idari, teknik ve kalite bakımından yaşanan değişikliklerin doğu illerindeki vatandaşlar tarafından algısı yüksektir diyebiliriz.

Araştırmanın ana hipotezlerini test etmek amacıyla, sağlık alanındaki idari, teknik ve kalite bakımından yapılan değişiklikler ve bu değişikliklerin doğu illerindeki vatandaşlar tarafından algısı ayrı ayrı boyutlarına göre analiz edilmiştir.

- 2000’li yıllardan sonra Sağlık alanında yapılan değişimlerden idari boyuttaki değişiklikler ile doğu illerindeki vatandaşların algı düzeyi arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 10). Buna göre H1 “2000’li yıllarda sağlıktaki idari bakımdan yaşanan önemli değişiklikler ile doğu illerindeki vatandaşların bu değişiklikleri algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir.

- 2000’li yıllarda Sağlık alanında yapılan değişimlerden teknik boyuttaki değişiklikler ile doğu illerindeki vatandaşların algı düzeyi arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 11). Buna göre H2 “2000’li yıllarda sağlıktaki teknik bakımdan yaşanan önemli değişiklikler ile doğu illerindeki vatandaşların bu değişiklikleri algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir.

- 2000’li yıllarda Sağlık alanında yapılan değişimlerden kalite boyutundaki değişiklikler ile doğu illerindeki vatandaşların algı düzeyi arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 12). Buna göre H3 “2000’li yıllarda sağlıkta kalite bakımından yaşanan önemli değişiklikler ile doğu illerindeki vatandaşların bu değişiklikleri algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Sağlıktaki değişimlerle ilgili, özellikle sağlıkta yaşanan değişimleri anlatan sağlık bakanlığının yayınları bulunmaktadır. Bunun dışında çeşitli sağlık dergilerinde ve basında da sağlıktaki değişimlerden bahs eden çalışmalar bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı İlerleme Raporları, Sağlık Bakanlığı Kalite dergisi, Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi v.b. Carter ve diğerlerinin 2012’de yaptığı “Türkiyede Sağlıkta Dönüşüm; 21. yüzyılın getirdiği fırsatlar” isimli çalışma) ve çalışmalar sonucunda sağlıkta gerçekten önemli değişiklikler görülmektedir. Fakat direk bu değişimler konusunda halkın algısını ölçen araştırmalar yoktur. Vatandaşın algısı ölçme konusunda hastanelerde, ağız diş sağlığı merkezlerinde sözü geçen değişimlerin yansıdığı hasta memnuniyet anketleri uygulanmaktadır. Doğu illerindeki hastanelerde (Van İpekyolu Devlet Hastanesi, Van Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Hakkari Devlet Hastanesi, Erzincan Devlet Hastanesi, Malatya Devlet Hastanesi, son iki yılda yapılan hasta memnuniyet anketlerinin sonuçlarına bakıldığında ise araştırmamızın sonucuyla örtüştüğü görülmektedir. Hastane ve merkezlerde yapılan memnuniyet anketlerinde de hastaların memnuniyet düzeylerinin, araştırmamızdaki gibi sağlık alanında idari teknik ve kalite bakımından yapılan değişikliklerden vatandaşın algısının yüksek ve olumlu olduğunu görebilmekteyiz.

Bunların dışında hastaların memnuniyet seviyesini ölçen, hastanelerin kendi bünyesinde değil dışarıdan araştırma yapan kişilerin yaptıkları memnuniyet ölçümleri bulunmaktadır.

Yukarıda da belirttiğimiz gibi sağlık alanındaki değişikliklerin halk tarafından algısının bu kadar kapsamlı ve bu kadar fazla ilden veri toplandığı bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Fakat yapılan seçim araştırmalarında hükümetin hangi alandaki değişimlerinden memnunsunuz sorusuna vatandaşların, sağlık alanındaki değişimlerden memnun oldukları cevabı verdikleri birçok haber bülteninde yayınlanmıştır. Araştırmamızın sonucu seçim araştırmalarında yapılan araştırma sonucu ile de örtüşmektedir. Sağlık alanında yapılan değişimlerle doğu illerindeki halkın algısı arasında pozitif, anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Demografik değişkenlerle ilgili veriler analiz edildiğinde ise;

Cinsiyet ve bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı karşılaştırıldığında kadınların büyük bir kısmı bakmakla yükümlü olunan kişi sayısına “yok” cevabı vermiştir. Bunun nedeni; araştırmada bekar bayanların olmasının yanı sıra, çalışmayan kadınların bakma yükümlülüğünü maddi gelir ile ilişkilendirdiklerinden ve maddi bir gelirleri olmadığından bu yükümlülüğü eşlerinin üzerinde görmektedirler.

Eğitim seviyesinin sosyal güvence ile ilişkisi incelendiğinde, ise okur yazar olmayanların ve ilköğretim mezunu olanların sosyal güvencesinin “Yeşil kart” olduğu bulunmuştur ve eğitim seviyesi lise ve dengi mezunların bile % 41, 9’unun yeşil kartlı olduğu görülmüştür. Buna göre doğu illerindeki vatandaşın sosyal güvencesinin daha çok yeşil kart olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Eğitim seviyesi düşük olan ve sosyal güvencesi yeşil kart olanların sağlık kuruluşlarına daha çok başvuru yaptığı bulunmuştur. Yukarıda da belirttiğimiz gibi yeşil kartlılarında büyük bir çoğunluğunu da eğitim seviyesi düşük olan grup oluşturmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olan grubun sağlık kuruluşlarına daha fazla başvuru yapmasının nedeni, eğitim seviyesinin düşük olması nedeni ile hastalıklardan nasıl korunacağını bilmemesi, hastalık tedavi aşamasında iken doğru davranışlarda bulunmaması (iyileştirmeye ilaçlarını bitmeden kesmesi gibi), kısaca sağlık konusunda bilincinin düşük olmasıdır. Sağlık kuruluşlarına en az başvuru yapan sosyal güvence grubu, aynı zamanda eğitim seviyesi en yüksek grupta olan SGK çalışan grubudur.

Bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı arttıkça beklenildiği üzere başvuru sayısının da arttığı görülmüştür. Buna göre evlilerinde bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı fazla olduğu düşünülmüş ve bekarlara oranla sağlık kurumlarına başvuru sayıları yüksek çıkmıştır.

Bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sayısının, yaş grupları ile arasındaki ilişki incelendiğinde yaş grubu 45-54 yaş ve 55 yaş veya üstü olan grubun sağlık kuruluşuna başvuru sayısı yüksektir. Bu sonuca göre, yaşın ilerlemesine bağlı olarak

sağlık sorunlarının da artması nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuru sayısının arttığı söylenebilir.

Sağlık hizmetlerinin teknik, idari ve kalite boyutlarındaki değişimin demografik özelliklerle karşılaştırıldığında ise erkeklerin teknik değişimler konusundaki algısının ve memnuniyetinin, kadınların ise kalite konusundaki değişikliklerde algısının ve memnuniyetinin yüksek olduğu bulunmuştur.

İdari ve kalite boyutlarındaki değişimlerinde medeni durumu evli olanların, yaş gruplarında ise yaş grubu 55 yaş ve üstü olanların algısı ve memnuniyet düzeyi yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar birbiriyle de örtüşmektedir, çünkü medeni durumu bekar olanların daha çok genç nüfustan olduğu söylenebilir. Genç nüfusun algıdan ziyade memnuniyet düzeyinin daha büyük yaşlara oranla düşük çıkmasının nedeni, dünyada hızla gelişen yeniliklerden, yaşlılara oranla daha doğuştan sahip olan ve eskiye göre genç nüfusun eğitim seviyesinin yükselmesi tatmin seviyelerini de yükseltmiştir denilebilir.

İdari boyuttaki değişikliklerde eğitim durumu ilköğretim mezunlarının memnuniyeti daha yüksektir. Teknik boyuttaki değişikliklerde eğitim durumu lisans ve lisans üstü mezunların memnuniyeti daha yüksektir. Kalite boyutundaki değişikliklerde ise eğitim durumu okur yazar olmayanların memnuniyeti daha yüksektir, ancak diğer gruplarında memnuniyet düzeyleri oldukça yüksektir.

İdari boyuttaki değişimlerde sosyal güvencesi “özel sağlık sigortası bulunanların ve yeşil kartlıların” memnuniyeti daha yüksektir. Teknik boyuttaki değişimlerde ise sosyal güvencesi SGK Çalışan olanların memnuniyeti daha yüksektir.

Teknik boyuttaki değişikliklerde daha çok eğitim seviyesi yüksek olanların memnuniyetinin yüksek olduğu görülmektedir, zira demografik değişkenleri incelerken de belirttiğimiz gibi sosyal güvencesi SGK çalışan olanlar eğitim seviyesi yüksek olan kişilerdir. Aslında genel olarak idari, teknik ve kalite bakımından her grupta memnuniyet düzeyi yüksektir fakat kendi aralarında da kıyaslandığından, idari ve kalite boyutundaki değişikliklerde eğitim seviyesi yüksek olanların algıdan

ziyade memnuniyetinin düşük olduğu söylenebilir. Bunun nedeninin ise eğitim seviyesinin tatmin seviyesini de yükselttiğidir denebilir.

Teknik boyuttaki değişimlerdeki algının diğer boyuttaki değişimlere oranla daha düşük olmasının nedeninin Devebakan'ın 2006 yılında yaptığı “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite” çalışmasıyla örtüştüğü söylenebilir. Devebakan araştırmasında teknik kalite ve algılanan hizmet kalitesinin nasıl daha verimli şekilde ölçülebileceğini, teknik kalite, algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik geliştirilen SERVQUAL ölçeğini araştırmıştır. Araştırmasının sonuç kısmında; “Sağlık işletmelerinde kalitenin değerlendirilmesinde sadece hizmetin teknik yönü ile ilgili konulara odaklanmak yeterli değildir. Nitekim sağlık işletmelerinde teknik kalite “ne” sorusuna cevap verirken, “nasıl” sorusunun cevabı genellikle fonksiyonel kaliteyi işaret etmektedir. Hastaların aldıkları hizmetin ne olduğunu bilmemesi normal bir sonuçtur. Çünkü tıp hizmetleri ileri derecede uzmanlık, bilgi ve beceri gerektirmektedir. Doğal olarak hastaların çoğunun konu ile ilgili bilgilerinin olmaması normaldir. Hizmetin bu yönü, sağlık işletmelerinde kalitenin teknik yönü ile ilişkilidir. Ancak hastalar sunulan hizmetin nasıl sunulduğuna daha çok tanıklık eder ve hizmet üretim süreçlerine katılırlar. Bu anlamda hastaların sunulan hizmetlere yönelik algıları, sağlık işletmelerinde kalitenin fonksiyonel boyutu ile ilgili olup çoğu zaman sağlık hizmetlerinin teknik kalite boyutundan daha çok etkili olmaktadır ” (Devebakan; 2006: 144) şeklinde belirtmiştir.

Araştırmamızda da Devebakan'ında belirttiği gibi hastaların ileri derecede uzmanlık, bilgi ve beceri gerektiren teknik konularda bilgisinin olmamasının çok normal olduğu düşünülerek ne teknik boyutta ne de kalite boyutunda teknik bilgi gerektiren sorulardan ziyade algılan kaliteyi, algılanan hizmeti değerlendiren sorulara yer verilmiştir. Hastanelerde yapılan memnuniyet anketlerinde de algılanan hizmet ve kaliteyi ölçen anketler uygulanmaktadır ve hem kamuda hem de özelde genel olarak daha çok Bakanlığın yayınladığı “Hasta ve Çalışan Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi ve Sorularına” göre anketlerini uygulamaktadırlar.

Teknik kaliteyi daha iyi ölçmek için halkımızda “sağlık okur yazarlığını” geliştirmek gerekmektedir. Konu hakkında OKAY'ın “Sağlık İletişiminin Sağlık

Okuryazarlığı ile İlişkisi”, AKALIN’ın “Türk Toplumunda Sağlık Okur- Yazarlığı Oranlarının Belirlenmesi” UYSAL’ın “Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı” gibi bir çok çalışma bulunmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı, bireyin uygun sağlık kararları alabilmek için temel sağlık enformasyonlarını ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesinin derecesiyle ilgilidir. Bir ilaç prospektüsünü okumak ve okumak kadar en azından ilacın nasıl kullanıldığını anlamak, hekimin kullanılacak olan ilaçla ilgili verdiği bir talimat veya medyada okuduğu bir sağlık haberin gerçekliği gibi hususlar sağlık okuryazarlığı içerisinde değinebilecek konular arasında yer almaktadır. Bireyin sağlık okuryazarlığını, aldığı eğitim, yaşadığı toplumdan gelen kültürel yapı kadar, medya ve iletişimde büyük ölçüde etkilemektedir (Okay, 2011: 51).

İdari boyuttaki sonuçlarda ise göze çarpan sonuçlardan “Yeni Teşkilat yarasası ile tüm hastanelerin bağılı olduğu kurum olarak “Hastaneler Birliği” kurulacak ve başında “Genel Sekreter” unvanı ile bir yönetici olacak.” İfadesine araştırmaya katılanların % 22,3’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 23,5’i “Katılmıyorum” cevabını vermiştir.

“Yeni yasa ile Genel Sekreter başkanlıklar, müdürler, uzmanlar ve yardımcılarından olan ekip hastanelerin denetimini, işleyişinin, performansının v.b.nin takibini yapacaklardır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin yönetimini ve etkinliğini daha çok arttıracaktır.” ifadesine araştırmaya katılanların % 40’ı “Kesinlikle Katılmıyorum”, % 27,8’i “Katılmıyorum” cevabını vermiştir.

Bu sonuçlara göre, doğu illerindeki vatandaşlarımızın sağlık bakanlığının yeni bir teşkilatlanmaya girdiği konusunda algıları düşüktür, yani böyle bir durumu bilmemektedirler. Hemen ardından gelen yeni teşkilatlanma ile ilgili küçük bir bilgi veren “Yeni yasa ile Genel Sekreter başkanlıklar, müdürler, uzmanlar ve yardımcılarından olan ekip hastanelerin denetimini, işleyişinin, performansının v.b.nin takibini yapacaklardır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin yönetimini ve etkinliğini daha çok arttıracaktır.” ifadesine, böyle bir teşkilatlanmanın etkinliği artıracacağına katılmamışlardır.

Yeni Teşkilat yasası henüz tecrübe edilmemiştir, ancak Aktan'ın "Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi" adlı çalışmasının sonucuna ve Vesim YOLCU'nun "Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi" adlı yüksek lisans tez sonucuna göre; Sağlık Bakanlığının yeni bir organizasyon ve yönetime ihtiyacının olduğu belirtilmiştir.

Araştırmaya katılanlar idari boyutta, "Sağlık yöneticilerinin sağlık bilgisi yanında idari eğitim almış olmaları şarttır." ifadesine % 64,8'i "Katılıyorum" cevabını vermiştir. Şahin 2000 yılında yaptığı "Hastane İşletmeciliği Yönetimi" adlı çalışmasında sağlık yöneticilerinin kesinlikle idari eğitim almış olmalarının gerektiğini belirtir.

Dr. Mehmet CAVLI "Hastane İşletmeciliği" yazısında özellikle hastane yöneticisi olan hekimlerin idari eğitim almalarının bir zorunluluk olduğunu, hatta hastanelerde hekimlikle ilgisi olmayan idari işlerin konu hakkında eğitimi olan profesyonel yöneticiler tarafından yapılması gerekliliğine işaret ediyor (www.ekonomi.bugun.com.tr). Yine Karahan'ın 2008 yılında yaptığı "Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı araştırmasının sonucunda liderlik ile örgütsel bağlılık arasında anlamlı ilişkiler olduğu, liderliğin, çalışanların örgütsel bağlılığını olumlu yönde etkilediğine dair bulgular elde edilmiştir. Liderliğin sadece eğitimle olmadığı açıktır, kişiler kendilerinden gelen özellik ve yeteneklerden dolayı da lider olabilir, fakat hızla değişen teknoloji, bilişim, ekonomi koşullarında doğuştan gelen yeteneklerde tek başına yeterli olmamaktadır. Bunun için bir yöneticinin, liderin başlıca sorumluluğu olan kaynakları yerinde kullanabilmek, örgütleyebilmek, koordine edip kontrolünü yapabilmek için idari bilgiye ihtiyacı vardır. Özellikle sağlık sektörü gibi verilen hizmetin bir ekip işi olduğu hizmetlerde personeli işe bağlayacak lider özelliklerinin olması gerekmektedir.

Ayrıca Karahan 2009 yılında "Bilgi Liderliğinin Verimlilik Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma" adlı çalışmasının sonucunda; hastanelerin rekabet edebilmeleri için bilgi liderliğinin benimsenerek hastane yöneticilerince özümsemesi gerektiğini orta çıkarmıştır. Çalışmasının ana konusu olan sağlık

kuruluşlarının bilgi liderliği yapabilmesi için yöneticilerin idari eğitim almış olmaları gerekliliği neredeyse kaçınılmazdır.

Yine idari boyutta, “Yeni teşkilat yasası çerçevesinde yabancı uyruklu hekim ve hemşireler de çalıştırılacaktır.” ifadesine % 52,8’i “Katılıyorum”, “Yabancı uyruklu hekim ve hemşirelerden hizmet almayı onaylıyor ve yararlı olacağını düşünüyorum” ifadesine ise % 70,3’ü “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabı verilmiştir. Bu sonuca göre doğu illerindeki vatandaşlar yabancı hekim ve hemşire çalıştırılacağını biliyorlar, fakat yabancı hekim ve hemşirelerden hizmet almayı istemiyor ve yararsız buluyorlar sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlarının nedeni, ise insanların henüz çalışmaya başlamamış faaliyetleri tecrübe etmediğinden ve sağlık bakanlığının bu konularda tanıtımının, reklamının az olmasından kaynaklandığı veya hizmet alanların yıllardır alıştığı bir sistemden, kendine yakın bulduğu kendi vatandaşından hizmet almayı istediği söylenebilir.

Araştırmaya katılanların idari boyuttaki “Tam gün yasası sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki ekonomik eşitsizlik durumunu ortadan kaldırmıştır.” ifadesine % 54,3’ü, “Tam gün yasası sayesinde hekimler bizimle daha fazla ilgileniyor ve vakit ayırıyorlar.” ifadesine % 55,5’i “Katılıyorum” cevabını vermiştir. S. Tekingündüz ve diğerleri de Tam Gün Yasası hakkında vatandaşların görüşlerini belirlemeye yönelik bir araştırma yapmış, araştırmalarının sonuçlarına göre; “Tam Gün Yasasıyla kamu kuruluşlarında hekimler hastalarıyla daha fazla ilgileneceklerdir” ifadesine katılımcıların % 46,6’sı “Katılıyorum” cevabını vermiştir. Yapılan çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu tam gün yasasıyla hekimlerden etkin yararlanılacağını ve kamu hastanelerinde daha kaliteli ve verimli hizmet sunulacağına inanmaktadır.

Araştırmaya katılanlar İdari boyuttaki “Hastanelerde performans dayalı ücretlendirme sistemine geçilmesi, sağlık hizmetlerindeki hız ve verimliliği arttırmıştır.” ifadesine % 25,8’i “Katılıyorum”, % 36,8’i “Kararsızım” ve % 29,8’i “Katılmıyorum” cevabını vermiştir. Tunçel ve diğerleri performans sistemine medyanın bakışını anlamak amacıyla performans konulu sağlık haberleri üzerine bir araştırma yapmıştır. Bu amaçla Türkiye’deki en önemli 5 gazetenin 99 haberini

incelemiş ve haberleri pozitif negatif ve nötr olarak değerlendirmiştir. Araştırmalarının sonucunda performansa dayalı ek ödeme sistemiyle ilgili yapılan haberlerin büyük çoğunluğunun olumsuz yani negatif olduğu görülmüştür.

Ayrıca Gazi'nin 2006'da Ankara'da "Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkinin Analizi" adlı çalışmasında da Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilediği düşüncesine araştırmaya katılanların "Kararsızım" cevabını verdikleri görülmüştür. Çalışanlar ise performansa dayalı ek ödeme sisteminin çatışmaya yol açtığını düşünmektedirler. Çatışmanın en önemli sebebi olarak da ek ödeme dağıtım katsayıları arasındaki farklılıklar gösterilmektedir.

Araştırmaya katılanlar idari boyuttaki "Sağlık ocakları yerine Aile Hekimliği sistemine geçiş ile verilen hizmetler daha hızlı, kaliteli ve ulaşılabilir hale geldi" ifadesine % 41,3'ü "Kesinlikle Katılmıyorum" cevabını vermiştir. Alagöz ve diğerlerinin hizmet kullanıcılarının aile hekimliği sistemine bakış açılarını değerlendirdikleri çalışmada ise; aile hekimliği uygulamaları hakkında halkın yeterli bilgisi olmadığı, aile hekimliği birimlerinden alınan sağlık hizmetlerinden memnun olduğu, sisteme geçtikten sonra doktor ve personelin davranışlarında büyük oranda memnun olduğu çıkmıştır. Bu sonuçlara göre, aile hekimliği sisteminin tam olarak oturmadığı, sürecin devam ettiği halkın sistem ve verilen hizmetlerden haberdar olmadıkları söylenebilir.

Sonuçlara bakıldığında araştırmaya katılanların en çok kalite boyutundaki yaşanan değişimlerde algısının ve memnuniyetinin yüksek olduğu söylenebilir. Kalite boyutundaki ifadelere verilen cevapların neredeyse tamamının "katılıyorum" cevabında yoğunlaştığı görülmektedir. Kalite boyutunda diğer ifadelere oranla bilgilerinin düşük olduğu "Hasta sorumlulukları, hastalar tarafından bilinmektedir" ifadesine % 25,3'ünün "Katılmıyorum", % 24,8'inin ise "Kararsızım" cevabını verdiği görülmektedir. Araştırmaya katılanların "Hasta hakları hastalar tarafından bilinmektedir." ifadesine ise % 49,3'ünün "katılıyorum" % 31,3'ünün ise "Kararsızım" cevabını verdikleri görülmektedir.

Kalite bakımından araştırmaya katılanların “Hekimler hastaya hastalığı konusunda bilgi veriyor ve zaman ayırıyorlar.” İfadesine % 74’ü, “Hekimler kibar ve saygılılar.” ifadesine % 63,5’inin, “Diğer alışanlar kibar ve saygılılar.” İfadesine % 56,8’inin “Kayıt kabul sırası beklenen yerler rahat” ifadesine % 60’ının “Katılıyorum” cevabını verdikleri görülmektedir. Bu sonuçlara göre 90’lı yıllardan sonra sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarına göstermiş oldukları yakın ilginin, hastane içi ergonominin iyileştirilmesinin, sağlık hizmetlerindeki kalite algısını yükseltmiş olduğu söylenebilir. Bu sonuç Gülmez’in 2005’de yaptığı “Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet lm ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi’nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama” isimli çalışmasının sonuçları ve Gazi’nin 2006 yılında yaptığı araştırma sonuçlarıyla da örtüşmektedir. Gülmez’in araştırmasında da “Doktorların ilgisinin ve yaklaşımının iyi olması” ifadesine % 83’ünün, “doktorun tedavi veya kontrol sırasındaki ilgisinin iyi olması” ifadesine % 80’inin “Bekleme salonları beklemek için uygundur” ifadesine % 69’unun olumlu cevap verdikleri görülmüştür. Yıldız ve Eliş’in 2011 yılında yaptığı “Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi” adlı çalışmasında ise devlet ve niversite hastanelerinde bir araştırma yapmış, her iki hastane türünde de hekimlik hizmetleri yetersiz bulunurken yardımcı sağlık personeli hizmetleri ise her iki hastane türünde de yeterli bulunmuştur, araştırmamızda da hemşirelik hizmetlerine ilişkin olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Zaim ve Tarım’ın da 2010 yılında yaptığı “Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri zerine Bir Alan Araştırması” adlı çalışmasındaki sonuçlarda, yukarıda belirttiğimiz ifadeler bakımından, araştırmamızdaki gibi olumludur.

Kalite bakımından araştırmaya katılanların “Hasta kayıt işlemleri için çok beklemiyorum” ifadesine % 56,8’inin, “Sağlık kuruluşları (odalar, bekleme alanları, lavabo ve tuvaletler v.b.) genel olarak temiz ve düzenli” ifadesine % 50’sinin “Katılıyorum” cevabını verdiği görülmüştür. Bu sonuç Zaim ve Tarım’ın çalışmasıyla örtüşürken Gülmez’in yaptığı araştırmada; hastaların olumsuz buldukları ya da katılmadıkları ifadelerin başında işlemler ve tedavi için sırada çok beklenilmesi gelmekte olup, bunu polikliniklerin temiz olmaması izlemektedir.

Yıldız ve Elish'in çalışmasında ise; "muayene öncesi kayıt ve randevu hizmetleri" yetersiz bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların "Tüm personel kişisel mahremiyete(muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösteriyor." ifadesine % 63,8'i "Katılıyorum" yanıtını vermişlerdir. Zaim ve Tarım'ın araştırmasında da bu konuda olumlu katılım ortaya çıkmıştır. Yaşa'nın da 2012'de hazırladığı "Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması" adlı doktora tezinin sonucunda hastaların ortalama olarak % 80'i hastanelerdeki sağlık personellerinin büyük çoğunluğunun hasta gizliliği hakkında duyarlı olduklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılanların "Kalınan odalar rahat, yemekler sıcak ve temizdir" ifadesine % 79,8'i "Katılıyorum" cevabını vermiştir. Bu sonuç Yaşa'nın 2012'de hazırladığı çalışmasının sonuçlarıyla da uyumludur. Yaşa'nın çalışmasında Hastalara sunulan yemeğin çeşidi, kalitesi, sıcaklığının müşteri memnuniyetine pozitif bir etki sağladığı görülmüştür.

Afacan ve Bahçeciğin (2009) İstanbul'da bir özel hastanede yaptıkları çalışmada, hastanenin fiziksel görünüm ve empati boyutlarında hasta beklentilerini karşıladığı, güvenilirlik, güvence, heveslilik konularında karşılayamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Mummyakmaz ve diğerlerinin (2010) "Eski ve Yeni Fiziki Yapıya Sahip Polikliniklere Başvuran Hastaların Memnuniyetinin Kıyaslanması" adlı çalışmasında da fiziki özelliklerin hasta memnuniyetinde etkili olmakla birlikte genel memnuniyette daha az etkin olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak sağlık ve sağlık hizmetleri kişinin doğuştan eşit olarak hak ettiği bir hizmettir. Tüm ülke hükümetleri sağlık konusunda ciddi çalışmalar yapmakta ve sağlıkta daha iyiye gitmek için büyük çabalar sarf etmektedir. Bir ülkenin ilerlemesi sağlıklı bireyler sayesinde olmaktadır. Türkiye'de, Cumhuriyetten bu yana sağlıkta sürekli değişim çabalarına girilmiş ve günümüze kadar önemli çalışmalar yapılmıştır.

1990' larda uygulamaya konulmasa da sonraki yıllara ışık tutacak önemli teorik çalışmalar yapılmıştır. 1990' lardan sonra özellikle 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile önemli işler yapılmış ve uygulamaya konmuştur. Çalışmalar başarıyla yürütülmüş tesadüf olamayacak olumlu sonuçlar alınmıştır. Bir sonucu değerlendirirken önemli göstergelerden biri “tarihsel gösterge” dir. Tarihsel gösterge ise; bir ülkenin performansının daha önceki performansı ile karşılaştırmadır. 90' lardan sonraki gelişmeleri değerlendirecek olursak; bir ülkenin sağlıkta nerede olduğunu gösteren en önemli bileşenler bebek ölüm ve anne ölüm hızlarıdır.

Bebek ölüm hızında gelişmiş ülkelerin 30 yılda kat ettiği mesafeyi ülkemiz son sekiz yıla sığdırmayı başarmış, aynı başarı anne ölüm hızında da gerçekleştirilmiş ve OECD ülkelerinin anne ölümlerinde 20 yılda kat ettiği mesafeyi ülkemiz yine son sekiz yıla sığdırmıştır (S.B. Akdağ, Eylül 2010: 22)

Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek, bu konudaki değişiklikler büyük ölçüde ortadan kaldırılmıştır. Son sekiz yılda 476'sı müstakil hastane ve yeni hastane binası olmak üzere 1.771 yeni sağlık tesisi hizmete sunulmuştur. Aynı dönemde hizmet alımıyla birlikte kamu sağlık tesislerinde çalışan personel sayısı net olarak 183 bin kişi arttırılmıştır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” nın başladığı tarih olan 2003 yılında % 39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2009 yılı sonunda % 65,1' e ulaşmıştır (S.B. Akdağ, Eylül 2010: 22- 23). Bu yüzdeler sonuçlarda araştırmamızda doğu illerindeki vatandaşın değişim konusundaki algısının neden olumlu ve yüksek düzeyde olduğunu kanıtlar seviyededir denilebilir.

Sonuçta söylenebilir ki, 90' larda değişim için kabul edilir önemli teorik çalışmalar başlatılarak bundan sonraki çalışmaların temelleri atılmış, değişim 2000'li yıllarda ivme kazanarak devam etmiştir. 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı ise milat kabul edilerek önemli hedefler ortaya konmuş ve büyük bir oranda gerçekleştirilmiştir.

Uğurluoğlu ve Çelik'in 2005'te yaptıkları çalışmada Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı “Dünya Sağlık Raporu 2000” incelenmiş, bu rapora göre “sağlık seviyesinin yükseltilmesi konusunda en fazla kazanımı elde eden ülkeler arasında

Türkiye 73. sırada, sağlık sisteminin yeterliliği konusunda ise 93. sırada yer almıştır” (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 25). Çalışmalarında DSÖ’nün hazırladığı rapora yapılan eleştirilerden de bahis edilmiştir. Ancak Türkiye yine de sıralamada çok aşağıda bulunmakta idi.

AKP 60. hükümet programında sağlık sistemi konusunda köklü değişikliklere yer vermiştir, buna göre; Sosyal güvenlik şemsiyesi tüm halkı kapsayacak şekilde düzenlenecektir. Devlet herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorundadır. Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için vazgeçilmezdir..Kalite rekabeti teşvik edilecektir (AKP, 2007:1) açıklamasını yapmıştır ve belirtilen hedefler gerçekleştirilmiştir.

2012 yılına geldiğimizde ise; Türkiye sağlıkta dünyaya model olmuştur. DSÖ Avrupa Bölge Direktörlüğü “Sağlık 2020” Türkiye’nin Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamındaki deneyimlerinden yararlanmak için Sağlık Bakanı Recep Akdağ’ı DSÖ Avrupa Ofisi’ne davet etti. Sağlıkta Dönüşüm Programı vasıtasıyla hayata geçirilen sağlık sektörü reformunun Türkiye için büyük bir başarı olduğunu ifade eden DSÖ Bölge Direktörü Zsuzsanna Jakap, bunun aynı zamanda bakanlığın halk sağlığının iyileştirilmesi konusundaki adanmışlığın da açık bir işareti olduğunu vurgulamıştır. Jakap davet mektubunda “Sağlık 2020 bütünlüklü bir hükümet yaklaşımının bir fark yarattığını göstermek için Türkiye gibi gerçek ülke deneyimlerine muhtaçtır” demiştir (Sağlık ve İnsan; 2012: 77).

Sağlık sistemimiz DSÖ’nün hazırladığı Dünya Sağlık Raporu 2000’de ilk 20’de bile değilken şimdi Dünya için bir model haline gelmiştir. Hiçbir şeyin durağan olmadığı, özellikle her türlü değişimin hızlı bir şekilde geliştiği günümüzde sağlıkta da değişimler devam edecektir.

Öneriler

Sonuçlara göre, sağlık bakanlığı önemli oranda hedeflerini gerçekleştirmiştir. Fakat bazı konularda tanıtım eksikliği bulunmaktadır.

- Bunun için yenilikleri halka daha etkin, doğru, anlaşılır tanıtım programları ile daha fazla kişiye ulaşmalıdır. Zira Nihat Tosun ve diğerlerinin, 2012; yaptığı

araştırmadaki yorumları bahsi geçen durumu destekler niteliktedir “Türkiye’de medyanın en önemli ilgi alanlarından birisi sağlık olmuştur. Bu ilginin özellikle 90’lı yıllardan itibaren giderek arttığını ve günümüzde hemen hemen tüm yazılı- görsel-dijital medyanın sağlık ile ilgili haber sayısında gözle görülür bir artış olduğunu söylemek yanlış olmaz. Özellikle Tam Gün Yasa tasarısının kamuoyu gündeminde tartışıldığı tarihlerde bazı gazeteler Tam Gün Yasası ile performans sistemi arasında bağlantı kurarak performans sistemine yönelik olumsuz haber yapıldığı görölmüştür. Sağlıkla ilgili haberlerde içerikteki bu artış genel olarak hastalık/sağlık ekseninde ve bu konuların kozmetize edilmesi yönünde olmuştur. Özellikle son on yıl içinde dünyada ve ölkemizde kamu politikalarında yaşanan değişimin bir yansıması olarak sağlık politikalarında yaşanan değişim sağlık haberleri içerisinde kendine çok az yer bulabilmiştir” (Tunçel ve diğerleri, 2012: 96).

- Sağlık alışanlarının değişimi daha iyi yansıtmaları için değişimlerle ilgili bakanlık tarafından çalışanlara her türlü eğitim olanakları verilmelidir.

Daha iyi, kaliteli bir hizmet sunumu için sağlık personelinin uzmanlaşma, unvan değişikliği ve görevde yükselme yolu genişletilmelidir. Sağlık sisteminde gerçekten kendini geliştirmiş, eğitimini yüksek lisans doktora düzeyine çıkartmış kalifiye personeli bulunmaktadır ve etkin bir şekilde yapılmayan görevde yükselme sınavları nedeni ile bakanlık hem bu kişilerden yararlanamamakta hem de personel motivasyonu önemli ölçüde düşmektedir. Eğer sağlık bakanlığı personeline yükselme fırsatlarını verirse sağlık hizmetlerinin de sağlık çalışanlarının da itibarı artacaktır.

Sağlık yöneticileri sağlık çalışanları ile daha fazla ilgilenmelidir, Zira Sahada alışan sağlık çalışanları olduğu için, yönetim sahadan uzaktadır. Yöneticiler sağlık çalışanları ile iletişimini yüksekte tutarsa, sağlık yöneticileri her konuda gerçekçi bilgilere ulaşabilirler.

- Sağlık hizmetleri gerçekten büyük fedakarlık ve özveri gerektiren bir hizmet olduğundan sağlık çalışanlarına, sosyal aktiviteler motivasyonlarını arttırıcı olanaklar sunulmalıdır. Çünkü belki de en önemli işle, insanların hayatlarıyla ilgilenen bir meslek grubunun işe bağlı mesleki hatalarının en aza indirilmesi için sağlık çalışanlarına uygun gelişme, sosyal aktivite gibi haklar sunulmalıdır.

Bu araştırmada 90'lı yıllardan sonra idari, teknik ve kalite boyutlarındaki değişimin doğu illerindeki algısı ölçölmeye çalışılmıştır. Böyle bir çalışma yeni olduğu için bundan sonraki çalışmalarda ise;

- Başka boyutlardaki değişimin halk tarafından algısı ölçölebilir
- Evren daha büyük tutulabilir, yani sadece doğu illerinin algısı değil, tüm Türkiye'nin algısı ölçölebilir.
- Çalışma tüm bölgelere göre yapılıp, bölgeler arası karşılaştırmalar yapılabilir.
- Demografik değişkenler çoğaltılabilir ve farklılaştırılabilir.
- Yapılan değişimlerin halk tarafından algısını belirlemek için ölçekler geliştirilmeli ve test edilmelidir.

KAYNAKLAR

- AFACAN, Sibel ve BAHÇECİK, Nefise; “Özel Bir Hastanede Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirlenmesi”, *III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı*, Ankara, 2011, ss. 340- 356.
- AKALIN, Erdal, “Türk Toplumunda Sağlık Okur- Yazarlığı Oranlarının Belirlenmesi” *Toplum Tabanlı Epidemiyolojik Saha Çalışması*, İstanbul, 2009.
- AKDAĞ, Recep, “Sağlık Bakanlığını Yeniden Yapılandırdık”, *SAYED Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*, S.44, İstanbul, Kasım 2011, ss. 15-17.
- AKDAĞ, Recep, “Bakan Akdağ’dan Lösemili Çocuklara Müjde Haberi”, *Sağlık ve İnsan Sağlık ve Yaşam Dergisi*, S.11, Ankara, Kasım 2012, ss. 38.
- AKDAĞ, Recep, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, Sağlık Bakanlığı Yayınları Yay. No: 807, Ankara, Eylül 2010.
- AKDAĞ, Recep, *Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu*, Sağlık Bakanlığı ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2011.
- AKDAĞ, Recep, “Hastaneler Kar Amacı Gütmeyen Profesyonel İşletmeler Olacak Haberi”, (Haz: DEMİRCİ, Ersin, YAKUT, Osman ve YILDIRIM, Orhan), *Zaman Gazetesi*, 2 Ekim 2012, ss. 24.
- AKGÜN, Melih, ARSLANOĞLU, Ali ve DAĞLI, Güner; “Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde Çalışan Güvenliği”, *III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı*, Ankara, 2011, ss. 92- 106.
- AKTEL, Mehmet; *Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, Temmuz 2003.

- ALAGÖZ, Uğur Ö., TENGİLİMOĞLU, Dilaver ve ÜNALAN, Demet; “Kayseri İli Develi İlçesi’nde Hizmet Kullanıcıların Bakış Açısı ile Aile Hekimliği Sistemi”, *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, I, Ankara, 2010, ss. 360- 376.
- ATASOY, Ahmet ve AKSOY, Salim, “El Hijyeni Programında Çok Modelli El Hijyeni Geliştirme Stratejisinin Uygulanması: Sandıklı Devlet Hastanesi Örneği”, *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bilimsel Araştırma ve En İyi Uygulama Ödülleri Kitabı*, Ankara, 2010, ss. 53- 74.
- ATEŞ, Hamza; KIRILMAZ, Harun ve AYDIN, Sabahattin; *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği*, Ankara, 2007.
- AYDIN, Sabahattin, “Üniversite Hastaneleri Nereye Koşuyor”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, S.20, İstanbul, 2011, ss. 6-13.
- AYDIN, Sabahattin, *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2006.
- BAŞOK YURDAKUL, Nilay, COŞKUN, Gül, ÖKSÜZ, Burcu; “Hastanelerde Halkla İlişkiler: İzmir İli Özel Hastaneler Örneğinde Halkla İlişkiler Birimlerinin Yapı- İşlev ve Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma”, *OGÜ. İBF Dergisi*, II- 1, Eskişehir, 2007, ss. 31- 46.
- BERKMAN, Güldem, “Türkiye İlaç Sektörüne Vizyoner Bakış ve 2013 Bütçesi”, *Sağlık ve İnsan Sağlık ve Yaşam Dergisi*, S.11, Ankara, Kasım 2012, ss. 28- 30.
- BORA BAŞARA, Berrak ve Diğerleri; *Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011*, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2012.
- CARTER, Sarah, TAYLOR, David, KANAVOS, Panos, GRİMACCİA, Federico, TORDRUP, David ve TATAR, Mehtap; “Sağlıkta Dönüşüm: 21. Yüzyılın Getirdiği Fırsatlar”, Ankara, 2012.

ÇALIŞMA ve SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI, *Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu* (Bütün Sigorta Kurumlarının Tek Çatı Altında Toplanması Hakkında Kanun), 16 Mayıs 2006 tarih, S.5502.

ÇALIŞMA ve SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI, *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*, 1 Ekim 2008 tarih, S. 5510.

ÇAMCI, Melehat, *Sağlık Yönetimi* (yüksek lisans tezi, basılmış). MÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin, 2007.

ÇELİK, Yusuf, “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, S.1, Ankara, 2011, ss. 62- 81.

ÇİMEN, Mesut, ŞAHİN, Bayram, AKBOLAT, Mahmut, IŞIK, Oğuz; “Özel Bakım Merkezinde Çalışan Personelin Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerine Yönelik Bir Çalışma”, *Acıbadem Üniversitesi ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, III- 1, 2012, ss. 21- 31.

ÇİNAL, Adnan; “TİG. Çalışmaları”, Performans, Kalite ve Hasta Güvenliği Ajansı; S.9, Haziran 2011- Şubat 2012, ss. 32- 35.

ÇİNAL, Adnan; ŞENCAN, İrfan ve DEMİR, Mehmet; *Hastane Hizmet Kalite Standartları*, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, 2011.

ÇİNER, Can Umut., FİŞEK, A.Gürhan.; *Sağlıkta Sosyalleştirme: Genel ile Yerel'in Önemi*. Fişek Enstitüsü., Ankara, 2010.

DEVEBAKAN, Nevzat ve AKSARAYLI, Mehmet, “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması”, *D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, V-1, İzmir, 2003, ss. 38- 54.

- DEVEBAKAN, Nevzat, “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, *D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, VIII-1, İzmir, 2006, ss. 120- 149.
- ERSOY, Füsün, YILDIRIM, Cenap, EDİRNE, Tamer; “Tükenmişlik Staff Burnout Sendromu”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, S.2, Ankara, 2001, ss. 446-450.
- GAZİ, Ali, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi (yüksek lisans tezi, basılmış). G.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006.
- GENCEL, Ufuk, “Yükseköğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, III- 3, İzmir, 2001, ss. 164- 218.
- GODİWALLA, Yezdi H., BATRA, Harish C., JOHNSTON, James A., GODİWALLA, Shirley Y.; “Managing hospitals in dynamic environments”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, X- 5, 1997, ss. 202- 207.
- GUPTA, Atul; “Productivity measurement in service operations: a case study from the healthcare environment”, *Managing Service Quality*, V-5, 1995, ss. 31- 35.
- GÜLMEZ, Mustafa, “Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama”, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, VI- 2, Sivas, 2005, ss. 147- 169.
- HAYRAN, Osman, “Hastane İşletmeciliği ve Üniversite Pratiği”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, S.20, İstanbul, Eylül- Ekim-Kasım 2011, ss. 14- 17.

- KARAHAN, Atila ve YILMAZ, Hüseyin, “Öğrenen Örgüt ve Bilgi Yönetimi İlişkisi: Afyonkarahisar İlinde Bulunan Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, V- 1, Eskişehir, Nisan 2010, ss. 147- 174.
- KARAHAN, Atila, “Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *A.K.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi*, X- 1, Afyon, Haziran 2008, ss. 145- 162.
- KARAHAN, Atila, “Bilgi Liderliğinin Verimlilik Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma”, *Bilgi Dünyası Dergisi*, X- 1, Ankara, 2009, ss. 60- 79.
- KOÇEL, Tamer; İşletme Yöneticiliği, Beta Basım Yayım, 7. Baskı, İstanbul, Haziran 1999.
- MUMYAKMAZ, Meruşe, YUMRU, Cengiz, ORMAN, Hatice ve TAŞÇI, Fadime; “Eski ve Yeni Fiziki Yapıya Sahip Polikliniklere Başvuran Hastaların Memnuniyetinin Kıyaslanması”, *III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı*, Ankara, 2011, ss. 447- 453.
- OKAY, Ayla, “Sağlık İletişiminin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi”, *Uluslar arası Sağlık Geliştirilmesi ve İletişimi Sempozyumu*, İstanbul, Nisan 2011, ss. 49- 53.
- ÖZGEN, Hüseyin; “Çağdaş Hastane Yönetimi Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar”, *Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar*, (Editör: Hikmet Seçim), Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 449, Eskişehir, 1995, ss. 73- 77.
- ÖZLÜ, Tevfik ve BOSTAN, Sedat, *Hasta Rehberi Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Kılavuzu*, İstanbul, 2008.
- ÖZTÜRK, Hülya, “Cumhuriyetin İlk 15 Yılında Sıhhat ve İçtima-i Muavenet Vekaletinin Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi”, *2. Uluslar arası Türk Tıp Tarihi Kongresi*, İstanbul, Aralık 2012, ss. 140- 143.

ROBERTS, Marc J.; HSIAO, William; BERMAN, Peter and REICH, Michael R., *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması*, (Haz.: Recep AKDAĞ, Salih MOLLAHALİLOĞLU ve diğerleri) Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010.

SAĞLIK BAKANLIĞI, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Dumansız Hava Sahası Uygulama Rehberi*, Ankara, Temmuz 2009.

SAĞLIK BAKANLIĞI, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Temel Sağlık Hizmetlerinde Madde Bağımlılığı Önleme Çalışmaları*, Ankara, 2011.

SAĞLIK BAKANLIĞI, “E- Reçete Yazımı ve Doktorlara E- İmza Geliyor Haberi”, *Sağlık ve İnsan Sağlık ve Yaşam Dergisi*, S.8, Ankara, Ağustos 2012, S. 8.

SAĞLIK BAKANLIĞI Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *1996-1999 Çalışma Yıllığı*. Ankara, 2001.

SAĞLIK BAKANLIĞI, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Fazla Kiloluluk ve Obezite”, *Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı 2010- 2014*, Sağlık Bakanlığı Yayınları Yay. No: 773, Ankara, 2011.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2003.

SAĞLIK BAKANLIĞI, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kalite Yönetimi Genel Müdürlüğü ISO Verileri, Ankara, 2007.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Yeni Teşkilat Yasası*, Karar Sayısı: Kanun Hükmünde Kararname/ 663, 2 Kasım 2011, Resmi Gazete Sayı: 28103(Mükerrer), 6 Nisan 2011 tarihli ve 6223 sayılı kanunun verdiği yetkiye göre, Bakanlar Kurulunca 11 Ekim 2011 tarihinde kararlaştırılmıştır.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Hekimlere Mecburi Hizmet Zorunluluğu Hakkında Kanun*, 21 Haziran 2005 tarih, S.5371.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*, 2003 tarih, S.4924.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*, 2005 tarih, S.5413.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik*, 12 Mayıs 2006 tarih, S.26166.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Tam Gün Yasası*, 21 Ocak 2010 tarih, S.5947.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Hasta Hakları Uygulama Yönergesi*, 26 Nisan 2005 tarih, S.3077.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Organ ve Doku Hizmetleri Yönetmeliği*, 1 Şubat 2012 tarih, S.28191.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*, 6 Nisan 2011 tarih, S.27897.

SAĞLIK BAKANLIĞI, *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2011 Verileri*, Ankara, 2011.

SARAN, Ulvi, “Demokratikleşme ve Sivilleşme Eğilimleri Karşısında Devletin Yeniden Yapılandırılmasının Anahtarı: Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, *Türk İdare Dergisi*, S. 431, Ankara, 2001, ss. 1- 20.

- SUR, Haydar, “Yeni Kararnameyle Gerçekleştirileceği İlan Edilen Bütün Değişiklikler Tamamlandı”, *SAYED Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*, S.44, İstanbul, Kasım 2011, ss. 18-20.
- TEKİNGÜNDÜZ, Sabahattin, ORHAN, Fatih ve KARADAĞ, Zennure; “Tam Gün Yasa Tasarısı Hakkında Vatandaşların Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması: Ankara İlinde Bir Uygulama”, *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, II, Ankara, 2010, ss. 184- 197.
- TUNÇEL, Mine, VURAN DOĞAN, Öznur ve ARDIÇ ÇOBANER, Aslıhan, “Performans Sistemine Medyanın Bakışını Anlamak: Performans Konulu Sağlık Haberleri Üzerine Bir Araştırma”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, S.3, Ankara, 2012, ss. 93- 118.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU, “Türkiye’nin Demografik Yapısı ve Geleceği 2010- 2050”, *TÜİK Haber Bülteni*, S.13140, 11 Temmuz 2012.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU, “Sağlık Harcama İstatistikleri 2008”, *TÜİK Haber Bülteni*, S.34, 18 Şubat 2011.
- UĞURLUOĞLU, Özgür ve ÇELİK, Yusuf, “Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı”, *H.Ü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, VIII- 1, Ankara, 2005, ss. 3- 29.
- YAMANOĞLU, Merve, “Sağlık Kampüsleri: Medikalizasyonda Yeni Bir Adım mı?”, *Hayat Sağlık ve Sosyal Bilimler Dergisi*, S.7, İstanbul, Nisan 2012, ss. 12- 13.
- YARDIM, Nazan ve Diğerleri; *21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek*, Sağlık Bakanlığı Yay. No: 711, Ankara, 2007.
- YAŞA, Eda, *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması* (Doktora Tezi, basılmış). Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2012.

- YAZICIOĞLU, Yahşi ve ERDOĞAN, Samiye, *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Detay Yayıncılık, Ankara, 2004.
- YILDIRIM, Işıl, DÜLGERGİL, Türksel ve SERDAROĞLU, İsmail, “Aile Hekimliği Uygulamalarında Erken Dönem Koruyucu Diş Hekimliği Uygulamalarının Önemi”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, S.2, Ankara, 2010, ss. 21- 39.
- YILDIZ, Sebahattin ve ELİŞ YILDIZ, Sevda, “Hizmet Kalitesinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kars’taki Devlet ve Üniversite Hastaneleri’nde Bir Araştırma”, *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, VI- 2, İstanbul, 2011, ss. 125- 140.
- YOLCU, Vesim, *Sağlık Hizmetlerinin Yerinden Yönetimi* (yüksek lisans tezi, basılmış). A.İ.B.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu, 2006.
- ZAİM, Halil ve TARIM, Mehveş, “Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması”, *Sosyal Siyaset Konferansları*, S.59, İstanbul, 2010, ss. 1- 24.
- ZÜLFİKAR, Bülent, “Hemofili Merkezleri Haberi”, *SAYED Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*, S.49, İstanbul, Nisan 2012, ss.12.
- AK Parti (AKP) 2007 Altmışıncı Hükümet Programı, Sağlık Hizmetleri, <http://www.akparti.org.tr/program.asp?dizin=39&hangisi=2>., Ankara, Erişim Tarihi: 10.01.2012.
- AKTAN, C. Coşkun, “Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi”, 2004. www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim...aktan/durum-analizi.pdf Erişim Tarihi: 22.11.2012.
- BALTALİMANI, 2009. Hasta Hakları ve Tarihsel Gelişimi. <http://www.baltalimani.gov.tr/pdf/1hastahaklarikavramitarihselgelisimi.pdf>. Baltalimani . Erişim Tarihi: 29.07.2011.

BAŞBAKANLIK, “150 Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER) ”, <http://bimerapplication.basbakanlik.gov.tr/Forms/pgMain.aspx>. Erişim Tarihi: 16.07.2012.

CAVLI, Mehmet, “Hastane İşletmeciliği”, <http://ekonomi.bugun.com.tr/hastane-isletmeciligi-185902-makalesi.aspx> Erişim Tarihi: 09.10.2012.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, 2011. Sağlık İdaresi Bölümü Tarihçesi. <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/tarihce.shtml>. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu, Ankara. Erişim Tarihi: 01.08.2011.

HASTA HAKLARI, 2008. Hekim Seçme Uygulaması. <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/hekimsemebilgi.htm>. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları. Ankara Erişim Tarihi: 29.07.2011.

HÜRRIYET GAZETESİ, 2011. Danıştay’dan Tam Gün Yasasına İptal. www.hurriyet.com.tr/yasasinhayat/17484939.asp. Doğan Medya Grubu. Ankara. Erişim Tarihi: 27.07.2011.

İHALE BÜLTENİ, 2010. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sarf Malzeme İhaleleri. <http://www.ihaledanismani.com/ihalebulteni/haberdetay.asp?ID=622>. İhale Bülteni Bilişim Basın Yayın Ltd. Şti., Ankara. Erişim Tarihi: 26.07.2011.

KALİTE TANIMLARI, <http://egitim5.tripod.com/ky.htm> Erişim Tarihi: 21.07.2012.

KALİTE, Kalite Bakımından Meydana Gelen Değişikliklerin Tarihçesi, http://www.bumatek.boun.edu.tr/orgnizasyon/download/TKY_www.bumatek.boun.edu.tr.pdf

KÖMÜRCÜ, Nuran, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, Marmara Üniversitesi, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/saglik_hizmetlerinde_kalite.pdf İstanbul, 2006. Erişim Tarihi: 13.12.2012.

- SAĞLIK BAKANLIĞI, 2010. Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi Projesi. <http://www.saglik.gov.tr/IMID/belge/1-1047/eski2yeni.html>. Sağlık Bakanlığı İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı. Ankara. Erişim Tarihi: 26.07.2011.
- SAĞLIK MEVZUATI, 2010. Sok Fazlası, İhtiyaç Fazlası, Malzeme kaynakları Yönetim Sistemi. <http://saglikmevzuati.blogspot.com/2010/01/stok-fazlasi-ihhtiyac-fazlasi-mkys.html>. Sağlık Mevzuatı Blok Spot. Ankara. Erişim Tarihi: 27.07.2011.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, “113 Beyaz Kod Hattı”, Telefon Hizmetleri, <http://www.beyazkod.saglik.gov.tr/hukukibakis.aspx>. Erişim Tarihi: 09.10.2012.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, “184 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi SABİM 184” <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3842/temel-amac-ve-hedefimiz.html>. Erişim Tarihi: 05.05.2012.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Performans sitesi <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=290> Ankara, Erişim Tarihi: 29.05.2012
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Sitesi, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14> Erişim Tarihi: 05.12.2012.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı (ÇPGD), <http://www.rsm.gov.tr/ruh/cpgd/cpgdnedir.html>. Ankara, Erişim Tarihi: 12.10.2012.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, 2006, Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/27162.html>. Sağlık Bakanlığı, Ankara. Erişim Tarihi: 29.07.2011.

SAĞLIK BAKANLIĞI, 2002. Döner Sermaye İşlemlerinde Genel Uygulamalar Hakkında Genelge. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2076/doner-sermaye-islemlerinde-genel-uygulamalar-hakkinda-g-.html>. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara. Erişim Tarihi: 29.07.2011.

SARP, Nilgün, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi” Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Ankara, 2006. www.nilgunsarp.com/?p=19 Erişim Tarihi: 09.11.2012.

ŞAHİN, Ümit, (1999) “Hastane İşletmeciliği Yönetimi”, <http://umitsahin/HASTANE%20İŞLETMECİLİĞ%20YÖNETİMİ.doc>. Erişim Tarihi: 12. 11.2012.

TÜRK DİL KURUMU, 2011. Büyük Türkçe Sözlük. [http:// tdkterim.gov.tr/bts/](http://tdkterim.gov.tr/bts/) Türk Dil Kurumu, Ankara. Erişim Tarihi: 01.08.2011.

YILDIZCAN, Güzin., 2008. Sağlık Yönetimi Eğitiminin Durumu. <http://www.hastanedergisi.com/59/haberdetay.asp?id=3> . Sağlık Yönetimi ve Tıp Teknolojisi Dergisi. Hastane Dergisi, İstanbul. Erişim Tarihi: 01.08.2011.

YÜRÜGEN, Birsen; “Türkiye’de Hemşirelik ve Hemşirelik Eğitimi Tarihi”, İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, İstanbul, 2005. www.hemsirelersitesi.com/hemsitar.htm. Erişim Tarihi: 09.05.2012.

EK 1

T.C. YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Bu anket 90'lı yıllardan günümüze Türkiye'deki sağlık hizmetlerinde idari, teknik ve kalite boyutlarında meydana gelen değişimlerin vatandaş tarafından ne kadar algılandığını ölçebilmek amacıyla yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Anket hiçbir şekilde bağlayıcı olmayıp verdiğiniz bilgiler araştırma dahilinde kullanılacak ve özel bilgileriniz yayınlanmayacaktır. Sorulara samimiyetle cevap verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Orhan ÇETİNKAYA
Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket Tarihi:..... **Anket No:**.....

1. Cinsiyetiniz ?
1) Erkek 2) Kadın
2. Medeni Durumunuz ?
1) Evli 2) Bekar
3. Hangi yaş aralığındasınız ?
1) 15 – 24 2) 25 - 34 3) 35 – 44 4) 45 – 54 5) 55 – 64 6) 65 yaş ve üstü
4. Eğitim Durumunuz nedir ?
1) Okur yazar değil 2) İlköğretim 3) Lise ve dengi 4) Ön lisans 5) Lisans ve üstü
5. Sosyal Güvenceniz nedir ?
1) SGK çalışan 2) SGK emekli 3) Yeşil kart 4) Özel sağlık sigortası 5) Sosyal güvencesi yok 6) Diğer
6. Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi sayısı (çocuk, anne ve baba gibi) kaçtır ?
1) Yok 2) 2 3) 3 - 4 4) 5 – 6 5) 7 – 8 6) 9 – 10 7) 11 ve daha fazla
7. Bir yıl içinde kendiniz ve yakınlarınız için herhangi bir sağlık kurumuna ortalama kaç kez baş vuruyorsunuz ?
1) 1- 5 2) 6- 10 3) 11- 15 4) 15 ve daha fazla

8. Aşağıda verilen ifadelere katılma derecenizi lütfen ilgili kutucuğa işaret koyarak belirtiniz.

| 90'lı Yıllardan Günümüze Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerinde İdari, Teknik ve Kalite Boyutlarında Meydana Gelen Değişimlerin Algısı Soruları | | Kesinlikle Katılıyorum 5 | Katılıyorum 4 | Kararsızım 3 | Katılmıyorum 2 | Kesinlikle Katılmıyorum 1 |
|---|--|-----------------------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------------------|
| İdari Boyuttaki Değişimler | | | | | | |
| 1 | 90'lı yıllardan sonra sağlık yönetiminde radikal değişimler yaşanmıştır | | | | | |
| 2 | Merkezci yönetim anlayışı terk edilmiş, daha katılımcı ve demokratik yönetim anlayışı benimsenmiştir | | | | | |
| 3 | Vatandaşları daha fazla önemsenmiş, sağlık yöneticileri daha çok ulaşılabilir olmuşlardır. | | | | | |
| 4 | Halka karşı daha şeffaf ve daha hesap verebilir bir yönetim anlayış ve uygulaması gerçekleştirilmiştir. | | | | | |
| 5 | Çalışanlara eskiye göre sorumluluklarına denk daha fazla yetki verildiği için, sorunlar yerinde ve daha hızlı bir biçimde çözülebilmektedir. | | | | | |
| 6 | Kamu hastaneleri özel sektör sağlık kuruluşlarıyla rekabet edebilecek durumdadır. | | | | | |
| 7 | Hastanelerde performans dayalı ücretlendirme sistemine geçilmesi, sağlık hizmetlerindeki hız ve verimliliği arttırmıştır. | | | | | |
| 8 | Tam gün yasası sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki ekonomik eşitsizlik durumunu ortadan kaldırmıştır. | | | | | |
| 9 | Tam gün yasası sayesinde hekimler bizimle daha fazla ilgileniyor ve vakit ayırıyorlar. | | | | | |
| 10 | Gittiğim sağlık kuruluşlarında istediğim hekimi seçebiliyorum. | | | | | |
| 11 | Sağlıkla ilgili bilgilendirme ve bilinçlendirme konularında sağlık idarelerinin yaptığı halkla ilişkiler fonksiyonunu yeterli buluyorum | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| 12 | Sağlık kurumlarında yapılan teknik ve idari denetimler yeterlidir. | | | | | |
| 13 | Son yıllarda sağlık alanlarına yapılan yatırımları son derece yerinde ve yeterli buluyorum. | | | | | |
| 14 | Sağlık yöneticilerinin sağlık bilgisi yanında idari eğitim almış olmaları şarttır | | | | | |
| 15 | Yardımcı sağlık personeline de doktorlar gibi uzmanlık şartı getirilmelidir. | | | | | |
| 16 | Yeni Teşkilat yasası ile tüm hastanelerin bağlı olduğu kurum olarak "Hastaneler Birliği" kurulacak ve başında "Genel Sekreter" unvanı ile bir yönetici olacak. Hastanelerde yaşanan bazı olumsuzlukların çözümünde bu yapılanma son derece etkili olacaktır. | | | | | |
| 17 | Yeni yasa ile Genel Sekreter ve bir başkanın başkanlığındaki uzmanlardan ve yardımcılarından olan ekip hastanelerin denetimini, işleyişinin, performansının v.b.nin takibini yapacaklardır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin yönetimini ve etkinliğini daha çok arttıracaktır. | | | | | |
| 18 | Yeni teşkilat yasası çerçevesinde yabancı uyruklu hekim ve hemşireler de çalıştırılacaktır. | | | | | |
| 19 | Yabancı uyruklu hekim ve hemşirelerden hizmet almayı onaylıyor ve yararlı olacağı düşünülmektedir. | | | | | |
| 20 | Sağlık ocakları yerine Aile Hekimliği sistemine geçiş ile verilen hizmetler daha hızlı, kaliteli ve ulaşılabilir hale geldi. | | | | | |
| | | | | | | |

| | Teknik Boyuttaki Değişimler | Kesinlikle Katılıyor 5 | Katılıyor 4 | Kararsız 3 | Katılmıyor 2 | Kesinlikle Katılmıyor 1 |
|---|---|------------------------------|----------------|---------------|-----------------|-------------------------------|
| 1 | 182 Merkezi Randevu sistemi bulunmaktadır. | | | | | |
| 2 | 182 Merkezi Randevu sistemi kullanılıyor ve istenilen ildeki istenilen hastaneden randevu alınıyor. | | | | | |
| 3 | Hastanelerin web sayfasından ya da telefonla randevu sisteminden randevu alınmaktadır. | | | | | |
| 4 | Hastanelerin web sayfasından hekimleri görülüyor, tahlil sonuçlarına ulaşıyor, hastaneye ulaşım olanakları, nöbetçi hekimler v.b. ulaşıyor. | | | | | |
| 5 | Hastanelerin web sayfasının hizmetleri kullanılmaktadır. | | | | | |
| 6 | Sağlıkla ilgili bazı önemli bilgiler Sağlık Bakanlığı reklâmları ile öğreniliyor. | | | | | |
| 7 | Sağlık kuruluşlarında tahlil sonucu beklenmiyor ve hekimlerin poliklinik bilgisayarından sonuçlar rahatça görülebiliyor. | | | | | |
| 8 | Sağlık kuruluşlarının koridorlarında, bekleme alanlarında, görüntü ve ses kalitesi yüksek tv.lerde sağlıkla ilgili önemli bilgileri izleniyor, sağlık için gerekli uyarıları görülebiliyor. | | | | | |

| Kalite Boyutundaki Değişimler | | Kesinlikle Katılıyorum 5 | Katılıyorum 4 | Kararsızım 3 | Katılmıyorum 2 | Kesinlikle Katılmıyorum 1 |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|------------------|-----------------|-------------------|---------------------------------|
| 1 | Hasta kayıt işlemleri için çok beklemiyorum. | | | | | |
| 2 | Kayıt kabul sırası için beklenen yerler oldukça rahat. | | | | | |
| 3 | Hekimler hastaya hastalığı konusunda bilgi veriyor ve zaman ayırıyorlar. | | | | | |
| 4 | Hekimler kibar ve saygılılar. | | | | | |
| 5 | Diğer çalışanlar kibar ve saygılılar. | | | | | |
| 6 | Tüm personel kişisel mahremiyete(muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösteriyor. | | | | | |
| 7 | Sağlık kuruluşlarında danışma birimi ve karşılama yönlendirme çalışanları bulunmaktadır. | | | | | |
| 8 | Sağlık kuruluşlarında danışma birimi ve karşılama yönlendirme çalışanları ulaşılabilir durumda ve etkin çalışmaktadırlar. | | | | | |
| 9 | Sağlık kuruluşlarında engelli vatandaşlara yönelik (tekerlekli sandalye, engelli parkurları, lavaboları, otoparkları v.b.) hizmetler bulunmaktadır. | | | | | |
| 10 | Hasta hakları hastalar tarafından bilinmektedir. | | | | | |
| 11 | Hasta sorumlulukları hastalar tarafından bilinmektedir. | | | | | |
| 12 | Gerektiğinde hasta hakları birimlerine şikâyet öneri ve görüşler rahatça belirtilmekte ve birim müracaatlarla alakadar olmaktadır. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 13 | Kamu sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak muayene olunabilmektedir. | | | | | |
| 14 | Sağlık kuruluşları (odalar, bekleme alanları, lavabo ve tuvaletler v.b.) genel olarak temiz ve düzenli. | | | | | |
| 15 | Yataklı tedavi kurumlarının kalınan odalarında banyo, tuvalet ve refakatçi için yatak ya da kanepeler bulunmaktadır. | | | | | |
| 16 | Hasta odalarında televizyon, hemşire çağrı zili, pozisyon değiştirebilir yatakların kullanılmaktadır. | | | | | |
| 17 | Hastanelerin hasta odalarındaki eşyalar çalışır durumdadır (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak vb.). | | | | | |
| 18 | Servis hemşireleri odadaki eşyaların kullanımını hakkında ve çeşitli sağlık konularında (beslenme, el hijyeni, sigara kullanımını v.b.) hastayı ve yakınlarını bilgilendirmektedir. | | | | | |
| 19 | Servis hemşireleri yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verirler. | | | | | |
| 20 | Kalınan odalar rahat, yemekler sıcak ve temizdir. | | | | | |
| 21 | Servis hemşireleri belli işlemler için koldaki kimlik bilgilerinin bulunduğu bilekliği kontrol eder ve nöbet değişimlerinde birbirlerine hasta başında bilgilendirme yaparlar. | | | | | |
| 22 | Hastanelerin her türlü güvenlik önlemleri (güvenlik görevlisi, acil çıkış kapıları, pencereleri v.b.) var ve etkin biçimde kullanılmaktadır. | | | | | |

EK 2

HASTANE HİZMET KALİTE STANDARTLARI

KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ

Yönetim Hizmetleri Bölümü

| Revizyon | Dikey Boyut | Bölüm No | Standart No | Değerlendirme Ölçütü | Yatay Boyut | STANDARTLAR | Puan |
|----------|-------------|----------|-------------|----------------------|-------------|--|------|
| 00 | 01 | 01 | | | | YÖNETİM HİZMETLERİ | # |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 00 | | Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 01 | | Kalite yönetim direktörü belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 02 | | Kalite yönetim biriminin çalışma ofisi olmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 03 | | Kalite yönetim birimi; | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 03 | | o HKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 03 | | o Bölüm hedeflerine yönelik, bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarını değerlendirmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 03 | | o Öz değerlendirmeleri yönetmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 03 | | o Hasta ve çalışan anket sonuçlarını değerlendirmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 03 | | o HKS çerçevesinde hazırlanan; | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 03 | | •Yazılı düzenlemeleri kontrol etmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 03 | | •Yazılı düzenlemelerin revizyonunu takip etmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 03 | | o Hizmet sunumuna yönelik istatistiki bilgileri değerlendirmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 01 | 03 | | o HKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 02 | 00 | | HKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir. | # |
| 00 | 01 | 01 | 02 | 01 | | Sorumlular kalite yönetim direktörü ile koordineli çalışmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 02 | 02 | | Bölüm hedeflerine ilişkin analizler sorumlular tarafından yapılmalı ve kalite yönetim birimine bildirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 02 | 03 | | Sorumlular bölümlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip etmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 03 | 00 | | HKS kapsamında hedefler belirlenmelidir. | # |
| 00 | 01 | 01 | 03 | 01 | | Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 03 | 02 | | Hedeflere ilişkin dönemsel değerlendirmeler yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 04 | 00 | | HKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 04 | 01 | | Her dönem en az bir öz değerlendirme yapılmalıdır. | |

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|---|
| 00 | 01 | 01 | 04 | 02 | Öz değerlendirme kalite yönetim biriminin yönetiminde yapılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 04 | 02 | o Öz değerlendirme tüm HKS bölümlerini kapsamalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 04 | 02 | o Öz değerlendirme planı hazırlanmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 04 | 02 | •Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 04 | 02 | •Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 04 | 02 | •Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 04 | 03 | Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar kalite yönetim birimi tarafından üst yönetime rapor edilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 05 | 00 | Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm sorumluları ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 05 | 01 | Bölüm bazında belirlenen hedefler ve öz değerlendirme sonuçları değerlendirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 05 | 02 | Değerlendirme toplantıları her dönem en az bir kez yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 00 | HKS'de yer alan yazılı düzenlemelere yönelik düzenleme bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 01 | Yazılı düzenlemelerin formatı belirlenmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 01 | o Yazılı düzenlemeler belirlenmiş bir kodlama sistemine göre tanımlanmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 01 | o Yazılı düzenlemenin adı, | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 01 | o Yürürlük tarihi, | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 01 | o Revizyon numarası ve revizyon tarihi bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 02 | Yazılı düzenlemeler, ilgili bölüm tarafından hazırlanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 03 | Yazılı düzenlemeler güncel olmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 03 | o Bir önceki versiyon uygulamadan kaldırılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 04 | Yazılı düzenlemeler kalite yönetim direktörü tarafından kontrol edilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 05 | Yazılı düzenlemeler üst yönetim tarafından onaylanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 06 | Yazılı düzenlemeler intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayınlanmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 06 | o Yazılı düzenlemelere ilgili bölüm tarafından ulaşılabilirliği, | |
| 00 | 01 | 01 | 06 | 06 | •Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 07 | 00 | Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 07 | 01 | Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 07 | 02 | Dış kaynaklı dokümanlar güncel olmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 07 | 02 | o Güncelliğin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 08 | 00 | Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 08 | 01 | Panolar için alanlar belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 08 | 02 | Panolara asılabilecek dokümanlar tanımlanmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 08 | 02 | o Tanımlanan dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 08 | 02 | o Panolar ve asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 08 | 03 | Dokümanların asılma kuralları belirlenmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 08 | 03 | o Yayınlanacak dokümanlara nasıl onay verileceği, | |
| 00 | 01 | 01 | 08 | 03 | o Dokümanların ne kadar süre asılı kalacağı belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 09 | 00 | İlaç ve kitlerin muhafaza edildiği buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır. | # |

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|---|
| 00 | 01 | 01 | 09 | 01 | Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 00 | Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir. | # |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 01 | HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 02 | HBTC'nin envanteri tutulmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 03 | HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 04 | HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışmalı ve kayıt altına alınmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 04 | o Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 05 | HBTC'yi kullanacak çalışanlara; | |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 05 | o Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, | |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 05 | o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, | |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 05 | o Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 10 | 06 | HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 11 | 00 | Hastaneye ve hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 11 | 01 | Hastane dışında hastaneye ulaşımı sağlayacak yönlendirme işaretleri bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 11 | 02 | Hastane krokileri bulunmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 11 | 02 | o Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler, | |
| 00 | 01 | 01 | 11 | 02 | o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında ise kat krokileri bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 11 | 03 | Yönlendirme işaretleri bulunmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 11 | 03 | o Yönlendirme işaretleri okunabilir ve işlevsel olmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 12 | 00 | Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir. | # |
| 00 | 01 | 01 | 12 | 01 | Sonuç alma, numune kabul, kayıt, halkla ilişkiler hizmet noktalarında hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık, yükseklik) bulunmamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 00 | Hastanenin internet ortamında tanıtımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 01 | Hastanenin web sayfası olmalıdır. Web sayfasında asgari; | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 01 | o Hastaneye ulaşım ve hastane iletişim bilgileri, | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 01 | o Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar, | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 01 | o Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları, | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 01 | o Randevu alma bilgileri, | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 01 | o Tetkik sonuçlarına ulaşım alanı, | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 01 | o Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar, | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 01 | o Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar, | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 01 | o Refakatçilerin uyması gereken kurallar, | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 01 | o Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 13 | 02 | Web sayfasında yer alan bilgiler güncel olmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 14 | 00 | Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 14 | 01 | Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme; | |
| 00 | 01 | 01 | 14 | 01 | o Toplantı yöneticisi ve katılımcılarını, | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|---|---|
| 00 | 01 | 01 | 14 | 01 | | o Toplantı gündemi ve süresini, | |
| 00 | 01 | 01 | 14 | 01 | | o Toplantı yeri ve zamanını kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 14 | 02 | | Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 00 | H | Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 01 | H | Hasta Güvenliği Komitesinde; | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 01 | H | o Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, cerrahi branş uzmanı, dahili branş uzmanı, laboratuvar branş uzmanı, anesteziyoloji ve reanimasyon branş uzmanı, hastane bilgi sistem sorumlusu ve eczacı yer almalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 02 | H | Komitenin görev alanı asgari; | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 02 | H | o Hastaların doğru kimliklendirilmesi, | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 02 | H | o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması, | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 02 | H | o Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması, | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 02 | H | o Transfüzyon güvenliğinin sağlanması, | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 02 | H | o Radyasyon güvenliğinin sağlanması, | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 02 | H | o Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması, | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 02 | H | o Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması, | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 02 | H | o Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması konularını kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 03 | H | Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 04 | H | Düzenli aralıklarla toplanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 15 | 05 | H | Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 00 | Ç | Çalışan güvenliği komitesi bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 01 | Ç | Çalışan Güvenliği Komitesinde; | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 01 | Ç | o Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, enfeksiyon hemşiresi, güvenlik amiri, psikiyatrist veya psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve diğer meslek gruplarından (laboratuvar teknisyeni, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni) bir temsilci yer almalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 02 | Ç | Komitenin görev tanımı asgari; | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 02 | Ç | o Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması, | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 02 | Ç | o Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması, | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 02 | Ç | o Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması. | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 02 | Ç | o Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması, | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 02 | Ç | o Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması, | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 02 | Ç | o Sağlık taramalarının yapılması konularını kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 03 | Ç | Düzenli aralıklarla toplanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 04 | Ç | Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 16 | 05 | Ç | Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 17 | 00 | | Eğitim Komitesi bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 17 | 01 | | Eğitim Komitesinde; | |
| 00 | 01 | 01 | 17 | 01 | | o Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, bir hemşire, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı yer almalıdır. | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|---|---|
| 00 | 01 | 01 | 17 | 02 | | Komite; | |
| 00 | 01 | 01 | 17 | 02 | | o Hizmet kalite standartları eğitimi, | |
| 00 | 01 | 01 | 17 | 02 | | o Hizmet içi eğitimler, | |
| 00 | 01 | 01 | 17 | 02 | | o Uyum eğitimleri, | |
| 00 | 01 | 01 | 17 | 02 | | o Hastalara yönelik eğitimleri planlamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 17 | 03 | | Komite, düzenli aralıklarla toplanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 00 | | Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 01 | | Tesis Güvenliği Komitesinde; | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 01 | | o Tıbbi, idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, teknik servis sorumlusu, hastane güvenlik amiri, afet ve acil durum yönetimi sorumlusu ve tıbbi cihaz yönetimi sorumlusu yer almalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 02 | | Komitenin görev tanımı asgari; | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 02 | | o Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi, | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 02 | | o Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması, | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 02 | | o Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması, | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 02 | | o Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları, | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 02 | | o Atık yönetimi çalışmaları, | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 02 | | o Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarının yapılması, | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 02 | | o Tehlikeli maddelerin yönetimi konularını kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 03 | | Düzenli aralıklarla toplanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 18 | 04 | | Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 00 | G | Güvenlik raporlama sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 01 | G | Güvenlik raporlama sistemi kurulmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 01 | G | o Olay bildirimleri kalite yönetim birimine yapılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 01 | G | o Kalite yönetim birimi olay bildirimlerini değerlendirerek ilgili komitelere iletmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 01 | G | o Komiteler olay bildirimini ile ilgili kök neden analizi yapmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 01 | G | o Düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 01 | G | o Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçları ve yapılan faaliyetler kalite yönetim birimine gönderilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 02 | G | Bildirimi yapılacak olaylar asgari; | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 02 | G | o İlaç güvenliği, | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 02 | G | o Transfüzyon güvenliği, | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 02 | G | o Cerrahi güvenlik, | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 02 | G | o Hastaların düşmesi, | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 02 | G | o Kesici-delici alet yaralanmaları, | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 02 | G | o Kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 03 | G | Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 19 | 04 | G | Güvenlik raporlama sistemine yönelik eğitimler verilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 20 | 00 | | Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin yazılı düzenleme bulunmalıdır. | 5 |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|---|---|
| 00 | 01 | 01 | 20 | 01 | | Yazılı düzenleme; | |
| 00 | 01 | 01 | 20 | 01 | | o Hastaya hangi renk kimlik tanımlayıcının kullanılacağı, | |
| 00 | 01 | 01 | 20 | 01 | | o Kimlik tanımlayıcının hangi durumlarda değiştirileceği, | |
| 00 | 01 | 01 | 20 | 01 | | o Hasta ve ailesinin kimlik tanımlayıcılar konusunda nasıl bilgilendirileceği, | |
| 00 | 01 | 01 | 20 | 01 | | o Hasta kimliğinin nasıl doğrulanacağı konularını kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 00 | H | Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 01 | H | Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 01 | H | o Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 01 | H | o Kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 01 | H | o Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 02 | H | Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 03 | H | Psikiyatri klinik hastaları için kullanılacak kimlik tanımlayıcısı hastane tarafından belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 04 | H | Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 04 | H | o Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 04 | H | o Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 04 | H | o Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 21 | 05 | H | Sağlık çalışanları, kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 22 | 00 | | İlaç yönetimine yönelik yazılı bir düzenleme bulunmalıdır. | 5 |
| 00 | 01 | 01 | 22 | 01 | | Yazılı düzenleme; | |
| 00 | 01 | 01 | 22 | 01 | | o Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimini, | |
| 00 | 01 | 01 | 22 | 01 | | o Hastanın yatış sürecinde kullanmaya devam edeceği ilaçların yönetimini, | |
| 00 | 01 | 01 | 22 | 01 | | o Hastanın taburcu olduktan sonraki süreçte kullanacağı ilaçların yönetimini, | |
| 00 | 01 | 01 | 22 | 01 | | o Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların yönetimini, | |
| 00 | 01 | 01 | 22 | 01 | | o İlaç güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri, | |
| 00 | 01 | 01 | 22 | 01 | | o İlaç güvenliği ile ilgili hataların gerçekleşmesi durumunda yapılacakları, | |
| 00 | 01 | 01 | 22 | 01 | | o İlaçla ilgili istenmeyen reaksiyon geliştiğinde yapılacakları kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 23 | 00 | H | Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 23 | 01 | H | Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından teslim alınmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 23 | 02 | H | Teslim alınan ilaçların miat kontrolü yapılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 23 | 03 | H | Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hekimi tarafından kontrol edilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 23 | 04 | H | Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar hemşire tarafından uygulanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 24 | 00 | H | İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 24 | 01 | H | İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 24 | 01 | H | o Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 24 | 02 | H | Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı, | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|---|---|
| 00 | 01 | 01 | 24 | 02 | H | o Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve verilmiş süresini içermelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 24 | 03 | H | Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 24 | 04 | H | İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 24 | 04 | H | o Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 25 | 00 | H | İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 25 | 01 | H | İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 25 | 02 | H | Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 25 | 02 | H | o Listeler kullanım alanında bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 25 | 03 | H | Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 26 | 00 | H | Pediyatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 26 | 01 | H | Pediyatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümde bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 26 | 02 | H | Pediyatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 26 | 03 | H | Acil kullanılacak pediyatrik ilaçların kilografa göre dozları listelenmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 26 | 03 | H | o Listeler ilgili bölümde bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 27 | 00 | | Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 27 | 01 | | Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 27 | 02 | | Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında; | |
| 00 | 01 | 01 | 27 | 02 | | o İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, | |
| 00 | 01 | 01 | 27 | 02 | | o İlacın kullanıldığı tarih, | |
| 00 | 01 | 01 | 27 | 02 | | o İlacı kimin uyguladığı, | |
| 00 | 01 | 01 | 27 | 02 | | o Kime kaç adet ilaç teslim edildiği, | |
| 00 | 01 | 01 | 27 | 03 | | Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 28 | 00 | | Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 28 | 01 | | Farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 28 | 02 | | Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmiş Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 28 | 03 | | Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 28 | 04 | | Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler 15 gün içinde TÜFAM'a elektronik raporlama sistemi ile veya "advers etki bildirim formu" doldurularak faks veya posta yoluyla bildirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 29 | 00 | | Akılcı ilaç kullanımının sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 29 | 01 | | Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 29 | 02 | | Ekipte; yönetimden bir temsilci, hekim ve eczacı yer almalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 29 | 03 | | Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili olarak; | |
| 00 | 01 | 01 | 29 | 03 | | o Hastane politikası belirlenmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 29 | 03 | | o Faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır. | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|---|---|
| 00 | 01 | 01 | 30 | 00 | | Akılci ilaç kullanımı ile ilgili hastalarda farkındalık oluşturulmasına yönelik düzenlemeler bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 30 | 01 | | Hastalar ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 30 | 02 | | Hastaların sıklıkla kullandığı alanlarda akılcı ilaç kullanımına yönelik broşür, poster, video görüntüleri gibi düzenlemeler bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 30 | 03 | | Yatan hasta eğitimlerinde, akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgilendirme yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 31 | 00 | H | Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 31 | 01 | H | Sözel istem uygulama sürecinde; | |
| 00 | 01 | 01 | 31 | 01 | H | o İstem , istemi alan kişi tarafından yazılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 31 | 01 | H | o Yazan kişi tarafından yazılı istem geri okunmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 31 | 01 | H | ▪Gerektiğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 31 | 01 | H | o İstemi veren kişi tarafından istemin doğruluğu sözel olarak onaylanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 31 | 02 | H | Sözel istem en geç 24 saat içerisinde hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 31 | 03 | H | Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 32 | 00 | | Transfüzyon sürecine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. | 5 |
| 00 | 01 | 01 | 32 | 01 | | Yazılı düzenleme; | |
| 00 | 01 | 01 | 32 | 01 | | o Kan ve/veya kan ürünü isteminin yapılması, | |
| 00 | 01 | 01 | 32 | 01 | | o Kimlik doğrulaması, | |
| 00 | 01 | 01 | 32 | 01 | | o Çapraz karşılaştırma test sonucunun kontrolü, | |
| 00 | 01 | 01 | 32 | 01 | | o Vital bulguların izlenmesi, | |
| 00 | 01 | 01 | 32 | 01 | | o Transfüzyon reaksiyonu durumunda yapılması gerekenleri kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 00 | | Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | Kan ve/veya kan ürünleri istem formunda; | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | o Hastanın; | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | ▪Adı ve soyadı, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | ▪Protokol numarası, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | ▪Tedavi gördüğü bölüm, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | ▪Tanısı, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | ▪Kan grubu, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | ▪Transfüzyon endikasyonu, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | o Hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | o Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | o Kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | o Hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | o Planlanan verilmiş süresi, | |
| 00 | 01 | 01 | 33 | 01 | | o Hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 34 | 00 | H | Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 34 | 01 | H | Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 34 | 02 | H | Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından; | |
| 00 | 01 | 01 | 34 | 02 | H | o Hastanın kimliği, | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|---|---|
| 00 | 01 | 01 | 34 | 02 | H | o Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı, | |
| 00 | 01 | 01 | 34 | 02 | H | o Ürünün planlanan verilmiş süresi doğrulanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 34 | 03 | H | Transfüzyonun ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 34 | 04 | H | Transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 35 | 00 | | Hastaların güvenli transferine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. | 5 |
| 00 | 01 | 01 | 35 | 01 | | Yazılı düzenleme asgari; | |
| 00 | 01 | 01 | 35 | 01 | | o Hastaların bölümlere transferini, | |
| 00 | 01 | 01 | 35 | 01 | | o Hastane dışına transferini, | |
| 00 | 01 | 01 | 35 | 01 | | o Yatan hasta ve acil servis hastalarının transferini, | |
| 00 | 01 | 01 | 35 | 01 | | o Özellikli hastaların transferini, | |
| 00 | 01 | 01 | 35 | 01 | | •Yeni doğan, ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz ve psikiyatri hastalarının transferini, | |
| 00 | 01 | 01 | 35 | 01 | | o Hastaların transferinde dikkat edilecek hususları, | |
| 00 | 01 | 01 | 35 | 01 | | o Transferde kullanılacak araçların uygunluğunu ve kullanımını, | |
| 00 | 01 | 01 | 35 | 01 | | o Transferde yer alacak çalışanın tanımlanmasını kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 36 | 00 | | Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 37 | 00 | | Yatan hastaların düşme riski değerlendirmesine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. | 5 |
| 00 | 01 | 01 | 37 | 01 | | Yazılı düzenleme; | |
| 00 | 01 | 01 | 37 | 01 | | o Düşme risk faktörlerini, | |
| 00 | 01 | 01 | 37 | 01 | | o Düşme riskinin değerlendirilmesini, | |
| 00 | 01 | 01 | 37 | 01 | | o Risk düzeyine göre alınması gereken önlemleri kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 38 | 00 | H | Yatan hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 38 | 01 | H | Yatan hasta, bölüme kabulünde düşme riski yönünden değerlendirilmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 38 | 01 | H | o Değerlendirme, hastane tarafından belirlenen bir ölçekle yapılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 38 | 01 | H | o Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi tekrarlanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 38 | 02 | H | Düşme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 38 | 02 | H | o Düşme riski olan hastalar dört yapraklı yonca figürü ile tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hastanın odasının giriş kapısında bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 38 | 03 | H | Yatan hastalarda düşme olayı gerçekleştiğinde kalite yönetim birimine bildirim yapılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 38 | 03 | H | o Olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 39 | 00 | | Yatan hastalarda hareket kısıtlamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 39 | 01 | | Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 39 | 01 | | o Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 39 | 01 | | o Tedavi planında; | |
| 00 | 01 | 01 | 39 | 01 | | •Uygulamanın başladığı tarih ve saat, | |
| 00 | 01 | 01 | 39 | 01 | | •Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, | |
| 00 | 01 | 01 | 39 | 01 | | •Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 39 | 02 | | Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 40 | 00 | | Yatan hasta eğitimlerine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 40 | 01 | | Yazılı düzenleme eğitimleri; | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|---|---|
| 00 | 01 | 01 | 40 | 01 | | o Hangi hasta grubuna hangi eğitimlerin verileceği, | |
| 00 | 01 | 01 | 40 | 01 | | o Hangi sıklıkla verileceği, | |
| 00 | 01 | 01 | 40 | 01 | | o Kimler tarafından verileceği, | |
| 00 | 01 | 01 | 40 | 01 | | o Nasıl kayıt altına alınacağı konularını kapsamaludur. | |
| 00 | 01 | 01 | 41 | 00 | | Yatan hastalara, tedavi sürecinde eğitim verilmelidir. | # |
| 00 | 01 | 01 | 41 | 01 | | Bu eğitim; | |
| 00 | 01 | 01 | 41 | 01 | | o Kullanacağı ilaçlar, tıbbi cihazlar, beslenmeleri, egzersizleri, kontrol zamanı ve bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar, | |
| 00 | 01 | 01 | 41 | 01 | | o El hijyeni, | |
| 00 | 01 | 01 | 41 | 01 | | o Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi konularını kapsamaludur. | |
| 00 | 01 | 01 | 41 | 02 | | Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar hasta dosyasında bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 42 | 00 | | Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 42 | 01 | | Tanıtım kartları; | |
| 00 | 01 | 01 | 42 | 01 | | o Standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 42 | 01 | | o Çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içermelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 42 | 02 | | Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 43 | 00 | Ç | Çalışan güvenliği açısından düzenlemeler yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 43 | 01 | Ç | Bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 43 | 01 | Ç | o Risk değerlendirmesi asgari; radyasyon, gürültü, tehlikeli maddeler kanserojen/mutajen maddeler, tıbbi atıklar, enfeksiyon, alerjen maddeler, ergonomi, şiddet, iletişim konularını kapsamaludur. | |
| 00 | 01 | 01 | 43 | 02 | Ç | Bölüm bazında tespit edilen risklere yönelik çalışan güvenliği için koruyucu önlemler alınmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 43 | 03 | Ç | Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 43 | 03 | Ç | o Gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 44 | 00 | Ç | Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 44 | 01 | Ç | Sağlık tarama programı hazırlanmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 44 | 01 | Ç | o Program, bölüm bazında belirlenen riskler ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 44 | 02 | Ç | Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 44 | 03 | Ç | Çalışanlar sonuçları hakkında bilgilendirilmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 44 | 03 | Ç | o Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 45 | 00 | Ç | Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 45 | 01 | Ç | Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 45 | 02 | Ç | Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 45 | 03 | Ç | Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 46 | 00 | | Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir. | # |
| 00 | 01 | 01 | 46 | 01 | | Göreve yeni başlayan her çalışana; | |
| 00 | 01 | 01 | 46 | 01 | | o Genel uyum eğitimi, | |
| 00 | 01 | 01 | 46 | 01 | | o Bölüm uyum eğitimi verilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 46 | 02 | | Genel uyum eğitim sorumlusu belirlenmelidir. | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|--|---|
| 00 | 01 | 01 | 46 | 03 | | Meslek bazında her bölüm için uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 46 | 04 | | Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 46 | 04 | | o Rehber, meslek bazında hazırlanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 00 | G | Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 01 | G | Mavi kod yönetimi ile ilgili; | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 01 | G | o Uyarı sistemi oluşturulmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 01 | G | o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular; | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 01 | G | ▪Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilci bulunmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 01 | G | ▪Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 01 | G | ▪Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 01 | G | o Her vardiya için ekipler belirlenmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 01 | G | o Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 01 | G | ▪Acil müdahale setinin miiat ve kritik stok seviyeleri takip edilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 02 | G | Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere; | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 02 | G | o Her ekipte; en az bir hekim, bir sağlık çalışanı bulunmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 02 | G | ▪Hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 03 | G | Mavi kod ekibi en geç üç dakika içerisinde olay yerine ulaşmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 04 | G | Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 04 | G | o Müdahale edilen kişiye ait bilgiler, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 04 | G | o Yapılan uygulama, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 04 | G | o Müdahalenin yeri, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 04 | G | o Çağrının yapıldığı zaman, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 04 | G | o Ekibin olay yerine ulaşma zamanı, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 04 | G | o Müdahalenin sonucu, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 04 | G | o Müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 04 | G | o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 05 | G | Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 05 | G | o Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 47 | 06 | G | Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 00 | H | Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 01 | H | Pembe kod yönetimi ile ilgili; | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 01 | H | o Uyarı sistemi oluşturulmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 01 | H | o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular; | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 01 | H | ▪ İdari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, teknik servis elemanı, güvenlik amiri ve pediatri servis hemşiresinden oluşmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 01 | H | ▪ Pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 01 | H | o Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 02 | H | Pembe kod uygulamaları ile ilgili kayıtlar tutulmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 02 | H | o Olaya maruz kalan kişiye ait bilgiler, | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 02 | H | o Olayın gerçekleştiği bölüm, | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 02 | H | o Başlangıç-bitiş zamanı, | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|--|---|
| 00 | 01 | 01 | 48 | 02 | H | o Olayın sonucu ile ilgili bilgileri kapsmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 02 | H | o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 03 | H | Pembe kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 48 | 04 | H | Çalışanlara pembe kod ile ilgili eğitim verilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 00 | Ç | Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 01 | Ç | Beyaz kod yönetimi ile ilgili; | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 01 | Ç | o Uyarı sistemi oluşturulmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 01 | Ç | o Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular; | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 01 | Ç | ▪ Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden bir temsilci, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve güvenlik amirinden oluşmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | o Olayın olduğu tarih ve saat, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | o Olayın olduğu yer, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | o Olay anında yapılan iş, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | o Olayın başlama nedeni, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | o Olayın oluş şekli, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | o Olayda varsa kullanılan nesne, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | o Olayda çevrede oluşan olumsuzluklar, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | o Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | o Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgilerini kapsmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 02 | Ç | o Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 03 | Ç | Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 04 | Ç | Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 05 | Ç | Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 49 | 06 | Ç | Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 00 | | Organ bağışına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 01 | | Organ bağış birimi oluşturulmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 01 | | o Birim, sorumlu ile hasta yakınının karşılıklı oturabileceği şekilde düzenlenmiş olmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 02 | | Organ bağış birimi sorumluları belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 03 | | Beyin ölümü yönetim süreci için yazılı bir düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme; | |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 03 | | o Sorumluların günde en az iki kez yoğun bakım ünitelerine ziyaret yapması, | |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 03 | | o Ziyaretlerde potansiyel donörlerin belirlenmesi, | |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 03 | | o Belirlenen potansiyel donörlerin izlenmesi, | |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 03 | | o Gerektiğinde beyin ölümü tespit komisyonunun toplanmasının sağlanması, | |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 03 | | o Tespit edilen beyin ölümlerinin bölge koordinasyon merkezine bildirilmesi konularını kapsamalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 50 | 04 | | Belirlenen donörlerin yakınları ile aile görüşmesi yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 51 | 00 | | Acil müdahale seti bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 51 | 01 | | Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır. | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|--|---|
| 00 | 01 | 01 | 51 | 02 | | Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 51 | 03 | | İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 51 | 04 | | Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 51 | 05 | | İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 52 | 00 | H | Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 52 | 01 | H | Tesis güvenliği komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 52 | 02 | H | Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 52 | 03 | H | Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 52 | 03 | H | o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 52 | 04 | H | Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle; | |
| 00 | 01 | 01 | 52 | 04 | H | o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, | |
| 00 | 01 | 01 | 52 | 04 | H | o Kalibrasyon tarihi, | |
| 00 | 01 | 01 | 52 | 04 | H | o Geçerlilik süresi, | |
| 00 | 01 | 01 | 52 | 04 | H | o Sertifika numarası bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 53 | 00 | | Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 53 | 01 | | Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 53 | 02 | | Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 53 | 03 | | Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 53 | 04 | | Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 53 | 04 | | o Kontrol aralıkları, | |
| 00 | 01 | 01 | 53 | 04 | | o Kontrol sorumluları belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 54 | 00 | | Temizlik hizmetlerine yönelik eğitim düzenlenmelidir. | # |
| 00 | 01 | 01 | 54 | 01 | | Temizlik hizmetlerinde çalışanlara yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 54 | 02 | | Eğitimde; | |
| 00 | 01 | 01 | 54 | 02 | | o Genel alanların temizlik kuralları, | |
| 00 | 01 | 01 | 54 | 02 | | o Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları, | |
| 00 | 01 | 01 | 54 | 02 | | o Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri, | |
| 00 | 01 | 01 | 54 | 02 | | o Çalışanlar arası iletişim, | |
| 00 | 01 | 01 | 54 | 02 | | o Hasta ve hasta yakınları ile iletişim konuları yer almalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 54 | 03 | | Temizlik personeline her dönem en az bir kez eğitim verilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 55 | 00 | | Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 55 | 01 | | Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 55 | 02 | | Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 55 | 03 | | Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 55 | 03 | | o Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 55 | 04 | | Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 55 | 04 | | o Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 56 | 00 | | Hasta hakları birimi bulunmalıdır. | # |

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|--|---|
| 00 | 01 | 01 | 56 | 01 | Hasta Hakları Birimi poliklinik hastalarının ulaşabileceği bir yerde bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 56 | 02 | Birim sorumlusu belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 57 | 00 | Hasta memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 57 | 01 | Hasta memnuniyeti anketi, asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 57 | 02 | Anketler belirlenen periyotlarda yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 57 | 03 | Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 57 | 04 | Anket sonuçları değerlendirilmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 57 | 04 | o Sonuçların değerlendirilmesi sürecine üst yönetim katılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 57 | 04 | o Anket sonuçlarına göre gerekli çalışmalar başlatılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 58 | 00 | Çalışan memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 58 | 01 | Çalışan memnuniyeti anketi, asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 58 | 02 | Anketler belirlenen periyotlarda yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 58 | 03 | Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 58 | 04 | Anket sonuçları değerlendirilmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 58 | 04 | o Sonuçların değerlendirilmesi sürecine üst yönetim katılmalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 58 | 04 | o Anket sonuçlarına göre gerekli çalışmalar başlatılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 59 | 00 | Hasta ve yakınlarının görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir. | # |
| 00 | 01 | 01 | 59 | 01 | Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüşlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 59 | 01 | o Görüşler internet üzerinden de bildirilebilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 59 | 02 | Hasta ve yakınlarının görüşleri değerlendirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 59 | 02 | o Değerlendirmelerde kalite yönetim direktörü, hasta hakları temsilcisi ve yönetimden bir kişi yer almalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 59 | 02 | o Görüşler her ay değerlendirilmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 59 | 02 | o Gerekliğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 59 | 02 | o Gerekliğinde görüş bildiren hasta veya yakınına geri bildirimde bulunulmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 60 | 00 | Çalışanların görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir. | # |
| 00 | 01 | 01 | 60 | 01 | Çalışanların görüşlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır, | |
| 00 | 01 | 01 | 60 | 01 | o Görüşler intranet üzerinden de bildirilebilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 60 | 02 | Çalışanların görüşleri değerlendirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 60 | 02 | o Değerlendirmelerde, Kalite yönetim direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalı, | |
| 00 | 01 | 01 | 60 | 02 | o Görüşler her ay değerlendirilmeli, | |
| 00 | 01 | 01 | 60 | 02 | o Gerekliğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 61 | 00 | Engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 61 | 01 | Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 61 | 02 | Engelli kişiler için çıkış rampaları ve tutunma barları bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 61 | 03 | Engelli kişilerin sağlık hizmeti almaları ile ilgili olarak; | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|--|---|
| 00 | 01 | 01 | 61 | 03 | | o Öncelikli kayıt yaptırımları, | |
| 00 | 01 | 01 | 61 | 03 | | o Poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmeleri, | |
| 00 | 01 | 01 | 61 | 03 | | o Öncelikli muayeneleri sağlanmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 00 | H | Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 01 | H | Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme; | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 01 | H | o Bilgilendirilmesi yapılacak riskli girişimsel işlemleri, | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 01 | H | o Riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirmenin ve rıza alınmasının; | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 01 | H | o Nasıl yapılacağını, | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 01 | H | o Kim tarafından yapılacağını içermelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 02 | H | Bilgilendirme ve rıza alınması ile ilgili süreçte; | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 02 | H | o İşlemin kim tarafından yapılacağı, | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 02 | H | o İşlemden beklenen faydaları, | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 02 | H | o İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 02 | H | o Varsa işlemin alternatifleri, | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 02 | H | o İşlemin riskleri-komplikasyonları, | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 02 | H | o İşlemin tahmini süresi, | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 02 | H | o Hastanın adı, soyadı ve imzası, | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 02 | H | o İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası, | |
| 00 | 01 | 01 | 62 | 02 | H | o Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 63 | 00 | H | Riskli girişimsel işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 64 | 00 | | Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 65 | 00 | | Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 65 | 01 | | Planlamada ziyaret gün ve saatleri belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 65 | 02 | | Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 65 | 03 | | Özellikli bölümlere hasta ziyaretine ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 66 | 00 | | Hasta yatakları kullanıma hazır olmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 66 | 01 | | Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfları temiz ve ütülü olmalıdır. | |
| 00 | 01 | 01 | 66 | 02 | | Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfı her gün ve gerektiğinde değiştirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 67 | 00 | | Hastanın, yakınının ve çalışanların dini inançlarına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 68 | 00 | | 112 Komuta kontrol merkezine bilgi aktarımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 68 | 01 | | 112 Komuta kontrol merkezine yoğun bakım ve klinik bazında; | |
| 00 | 01 | 01 | 68 | 01 | | o Boş yatak sayısı, | |
| 00 | 01 | 01 | 68 | 01 | | o Boş küvöz sayısı, | |
| 00 | 01 | 01 | 68 | 01 | | o Boş ventilatör sayısı, | |
| 00 | 01 | 01 | 68 | 01 | | o Online bildirilmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 69 | 00 | | Laboratuvara gönderilecek örnekler için düzenleme yapılmalıdır. | # |
| 00 | 01 | 01 | 69 | 01 | | Örnekler için bölüm bazında örnek toplama alanı belirlenmelidir. | |
| 00 | 01 | 01 | 69 | 01 | | o Örnekler düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir. | |

