

T. C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**KAMU HASTANELERİNDE ACİL HASTA SERVİSİNDE
HASTA İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ: TEKİRDAĞ
MALKARA DEVLET HASTANESİ ÜZERİNE BİR
UYGULAMA**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Figen GİRGİN**

İstanbul, 2015

T. C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**KAMU HASTANELERİNDE ACİL HASTA SERVİSİNDE
HASTA İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ: TEKİRDAĞ
MALKARA DEVLET HASTANESİ ÜZERİNE BİR
UYGULAMA**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan

Figen GİRGİN

Öğrenci Numarası

120786012

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Talat FIRLAR

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum ‘‘Kamu Hastanelerinde Acil Hasta Servisinde Hasta İlişkileri Yönetimi: Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesi Üzerine Bir Uygulama’’ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her bölümde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 12.03.2015

Figen GİRGIN




T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI


8.15.12015

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (Uzaktan Eğitim)* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 120786012 numaralı *Figen GİRGİN'in* "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Kamu Hastanelerinde Acil Hasta İlişkileri: Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesi Üzerine Bir Uygulama*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 21.04.2015 tarih ve 2015/16 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (5.9) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. TALAT FIRLAR
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)


ÜYE
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)


ÜYE
DOÇ. DR. KAMIL USLU
(MARMARA ÜNİVERSİTESİ)

Adı ve Soyadı : Figen GİRGIN
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Talat FIRLAR
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Hastane, Hasta ilişkileri, Acil servis, Kamu hastaneleri

ÖZ

KAMU HASTANELERİNDE ACİL HASTA SERVİSİNDE HASTA İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ: TEKİRDAĞ MALKARA DEVLET HASTANESİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Modern toplumlarda hasta memnuniyeti ve olumlu algılayışın gelişmesinde bakımın kalitesi önemli rol oynar. Acil serviste verilen bakım, hastaların servis hakkındaki düşüncelerinde büyük bir etkiye sahiptir. Gelecekte aynı sağlık kurumunun tekrar tercih edilmesinde veya diğer hastalara tavsiye edilmesinde bir temel oluşturur. Acil servise ilk defa başvuracak hastaların ilk izlenimleri önemlidir. Zira memnun olan hastaların gelecekte tekrar aynı acil servisi tercih etmeleri olasıdır. Acil serviste hasta memnuniyeti, özellikle doktor ve hemşire olmak üzere acil servis çalışanlarının niteliğine bağlıdır. Dolayısıyla hastanelerde acil servislerinde hasta ilişkileri yönetimi önem kazanmaktadır. Bu çalışmada ülkemizdeki ve diğer gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki acil servislerin ve diğer sağlık sistemlerinin nasıl sunulduğu incelenmiştir. Ülkemizde sağlık sistemlerinin yürütülmesinde rol oynayan faktörler incelenmiş ve ülkeler arasında kıyaslama yapılmıştır.

Araştırmamızın son bölümünde Tekirdağ İlindeki bir devlet hastanesinin acil servisine başvuru yapan hastaların buradan ne kadar memnun kaldıklarına dair bulgular elde etmek için anket uygulaması yapılmıştır. Yapılan ankette sorulara verilen yanıtların açıklığı sınırlılığı oluştururken, anketin uygulanma amacı demografik özellikler ile memnuniyet arasındaki ilişkiyi ölçmek olmuştur. Uygulama sonucunda kişilerin eğitim düzeyleri ile memnuniyetleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmüş, çalışmada, eğitim düzeyinin beklentileri arttırdığı tespit edilmiştir.

Kadın hastaların ve bunların yakınlarının özellikle temizlik konusunda daha hassas olduğu görülen bir diğer bulgudur. Bunun yanı sıra, bu hastaneye yeniden gelenlerin oranına bakıldığında yüzde seksen olması, hastaneden genel olarak memnun kalındığının göstergesidir. Acil servislerde yığılma ve beklemenin olması literatürde de bahsedildiği gibi memnuniyeti düşürmektedir. Çalışma hastane yöneticilerine problemleri çözme konusunda fikir verme bakımından önem teşkil etmektedir.

Name and Surname : Figen GİRGIN
Supervisor : Asst. Prof. Dr. Talat FIRLAR
Degree and Date : Master, 2015
Major : Hospital and Health Care Management
Key Words : Hospital, Emergency service, Relations with the patients,
Public hospitals

ABSTRACT

PATIENT RELATIONS MANAGEMENT IN EMERGENCY SERVICES IN PUBLIC HOSPITALS: AN IMPLEMENTATION IN TEKİRDAĞ MALKARA PUBLIC HOSPITAL

In modern societies, to have a qualified service system in health organisations is important to have a positive idea about the healthcare. The emergency services also have a huge affect on the satisfaction of patients. This is a basic for the loyalty and advices of the hospital. By this reason the first impression of the patients is very important in emergency service. The satisfaction is related with the doctors' and nurses' qualifications. So, the relations with the patients increase the importance. In this study the emergency services and the health care systems in developed and developing countries are been searched and the systems of these countries and Turkey have been compared. Also the factors of developing the healthcare systems have been surveyed.

In the last part of our study, a questiannaire has been applied to see how much the patients feel satisfied in an emergency service of a public hospital in Tekirdağ. The application of the questionnaire is to search the relationship between demographic specifications and the satisfaction. The answers are the limitations of the surway. After the application we have seen that there is a negative way relationship between the education and the satisfaction because the well educated people request more than the others and their consciousness is higher.

The research shows that especially female patients and their relatives are more sensitive about the clean of the hospital. If we look at the percentage of the getted back patients, we will see that it is about eighty percent and this can be interpreted as the patients are satisfied generally. The waiting time and the crowd in the emergency services showed that decrease the satisfaction as seen in the literature. This work is important to see the satisfaction factors of the patients and this can suggest managers to solve the problems in the hospitals.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR.....	xiii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE KURULUŞLARI

1. SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN TEMEL KAVRAMLAR.....	5
1.1. Sağlık Kavramı.....	5
1.2. Hastalık Kavramı.....	7
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı.....	8
1.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri ve Yararları.....	11
1.4.1. Sağlık hizmetlerinin bütünlük özellikleri.....	12
1.4.2. Sağlık hizmetlerinin toplumsal olması.....	12
1.4.3. Sağlık hizmetlerinin temel gereksinim olmama özelliği.....	13
1.4.4. Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği özelliği	13
1.4.5. Sağlık hizmetleri talebinin önceden belirlenmemesi.....	13
1.4.6. Sağlık hizmetleri fiyatındaki değişmelerin talebi etkilememesi.....	14
1.4.7. Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamama özelliği.....	14
1.4.8. Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması	15

1.4.9. Sağlık hizmetlerinde fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki korelasyonun zayıf olması.....	16
1.4.10. Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekimin belirlemesi.....	16
1.4.11. Sağlık hizmetlerinin sosyal amaçlı olması	17
1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	17
1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	17
1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	18
1.5.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	22
1.6. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı	23
1.6.1. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler.....	23
1.6.2. Algılanan Sağlığı Etkileyen Faktörler.....	25
1.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı Etkileyen Faktörler	26
1.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	27
1.8. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	28
2. SAĞLIK HİZMET KURULUŞLARI.....	30
2.1. Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar	30
2.1.1. Yataklı Hizmet Sunan Kuruluşlar.....	30
2.1.2. Ayakta Tedavi Hizmeti Veren Kuruluşlar.....	32
2.2. Kamu ve Özel Sektör Sağlık Kuruluşları	32
2.2.1. Kamu Hastaneleri.....	32
2.2.2. Özel Hastaneler.....	34

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE VE ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE SAĞLIK YÖNETİMİ

1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞLETME YÖNETİMİNİN FONKSİYONLARI.....	38
1.1. Sağlık Hizmetlerinde Planlama.....	38

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme.....	39
1.3. Sağlık Hizmetlerinde Eleman Alma Ve Çalıştırma	40
1.4. Sağlık Hizmetlerinde Yönlendirme.....	41
1.5. Sağlık Hizmetlerinde Denetleme Ve Kontrol.....	42
1.6. Sağlık Hizmetlerinde Karar Verme.....	43
2. GELİŞMİŞ VE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ	44
2.1. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi	45
2.1.1. Almanya	47
2.1.2. İngiltere.....	51
2.1.3. Danimarka	55
2.1.4. Fransa	59
2.1.5. Kanada.....	61
2.1.6. Amerika Birleşik Devletleri (ABD).....	63
2.1.7. Avusturya.....	67
2.1.8. Belçika.....	68
2.1.9. Hollanda	70
2.1.10. İtalya.....	72
2.2. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi	73
2.2.1. Küba	73
2.2.2. Bulgaristan.....	74
2.2.3. Portekiz.....	75
2.2.4. Hırvatistan	76
2.2.5. Hindistan.....	76
2.2.6. Finlandiya	77
2.2.7. Yunanistan.....	77

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ.....	78
3.1. İl Sağlık Müdürlüğü	82
3.2. Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği.....	83
3.3. Halk Sağlığı İl Müdürlüğü.....	83

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ

1. SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA İLİŞKİLERİ	85
1.1. Hasta Kavramı.....	85
1.2. Parsons ve Hasta Rolü	86
1.3. Hasta Politikası ve Hasta Kabul İşlemleri	87
1.4. Hasta İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi.....	88
1.5. Hasta Psikolojisi	89
2. SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA VE İLETİŞİMİN ROLÜ	89
2.1. Sağlık Kuruluşlarında Hasta ve Personel İletişimi.....	90
2.1.1. Hemşire Hasta İlişkisi	90
2.1.2. Doktor Hasta İlişkisi	91
2.1.3. Zor Hasta İle İletişim.....	92
2.2. Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti ve Çalışanların Rolü	93
2.2.1. Hasta Memnuniyetinin Tanımı	93
2.2.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi.....	95
2.2.3. Bakım Kalitesi	96
2.2.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyici Faktörler	96
2.2.5. Hemşire Hizmetlerinin Yeri ve Önemi	98
2.2.6. Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi	98
2.2.7. Hasta Memnuniyeti ve Beklentilerin Karşlanması	99
3. HASTA HAKLARI VE HASTA MEMNUNİYETİ.....	99

3.1. Hasta Hakları Kavramı	100
3.2. Hasta Haklarının Belirlenmesi ve Korunması	101
3.3. Hasta ve Yakınlarının Hakları Konusunda Bilgilendirmesi	102
3.4. Hasta ve Yakınlarının Başvuru, Dilek ve Önerilerinin Değerlendirilmesi	103
4. KAMU HASTANELERİNDE ACİL HASTA SERVİSİNDE HASTA MEMNUNİYETİNE YÖNELİK LİTERATÜR TARAMASI	103
4.1. Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Çalışmalar	104
4.1.1. Kamu Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Çalışmalar	104
4.1.2. Özel Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Çalışmalar	105
4.2. Acil Hasta Servisine Yönelik Çalışmalar	106
4.3. Hasta Memnuniyetine Yönelik Çalışmalar	107
5. GELİŞMİŞ VE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA MEMNUNİYETİ	111
5.1. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti.....	111
5.1.1. Almanya	111
5.1.2. İngiltere.....	111
5.1.3. Fransa	112
5.1.4. İsviçre	112
5.1.5. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)	112
5.2. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti...	113
5.2.1. Brezilya.....	113
5.2.2. Küba	114
5.2.3. Hindistan.....	114
5.2.4. Malezya	114

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TEKİRDAĞ MALKARA DEVLET HASTANESİ ACİL SERVİSİNDE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

1. ARAŞTIRMANIN AMACI	116
2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	116
3. SINIRLILIKLAR.....	117
4. VARSAYIMLAR	117
5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	118
6. VERİLERİN ANALİZİ	118
7. BULGULAR	118
7.1. Demografik Özelliklere Ait Bulgular	118
7.2. Güvenilirlik Analizi.....	122
7.3. Değişkenler Arası İlişkinin İncelenmesi.....	122
7.4. Faktör Analizi.....	131
7.5. Ki Kare Analizleri	133
7.6. Tartışma ve Değerlendirme.....	136
SONUÇ	139
KAYNAKÇA.....	141
EKLER	
Ek 1: Anket Soruları.....	149

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No.	Sayfa No.
Şekil 1. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri	30
Şekil 2. Sağlık hizmetlerinde hasta sadakati bakımından unsurlar arasındaki ilişki..	38
Şekil 3. Alman Sağlık Sistemi Temel Kurumları	51
Şekil 4. Danimarka Sağlık Sistemleri.....	55
Şekil 5. Danimarka Sağlık Bakanlığı Görev ve Birimleri.....	56
Şekil 6. ABD Sağlık Sistemi.....	65
Şekil 7. ABD Hastaneleri	66
Şekil 8. Belçika Sağlık Organizasyonunun İşleyişi	69
Şekil 9. Hollanda Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı Organizasyon Şeması.....	71
Şekil 10. Türkiye'de Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar.....	81
Şekil 11. Kazanımlara göre insan haklarının sınıflandırılmış durumu.....	101
Şekil 12. Yamaç Grafiği.....	133

TABLolar LİSTESİ

Tablo No.	Sayfa No.
Tablo 1. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Hizmetinin içerik Açısından ilişkisi ...	21
Tablo 2. Büyük Britanya Sağlık Sistemi	54
Tablo 3. Danimarka Sağlık Göstergeleri	58
Tablo 4. Müşteri Tatminsizliğini Önleyen ve Tatmine Katkıda Bulunan Etmenler ..	94
Tablo 5. Hasta Memnuniyeti ile ilgili Yapılan Çalışmalar	108
Tablo 6. Hastaneye Gelen Bireylerin Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Tablosu	118
Tablo 7. Öğrenim Durumu Değişkeni İle Sosyal Güvencesi Değişkeni Arasındaki Duruma İlişkin Çapraz Tablo	120
Tablo 8. Medeni Durumu Değişkeni İle Sosyal Güvencesi Değişkeni Arasındaki Duruma İlişkin Çapraz Tablo	121
Tablo 9. Cinsiyet Değişkeni İle Kamu Hanelerine İlk Başvurusu Olup Olmadığına Yönelik Değişken Arasındaki Duruma İlişkin Çapraz Tablo	121
Tablo 10. Güvenilirlik Analizi Sonuçları	122
Tablo 11. Mann-Whitney Test	123
Tablo 12. Mann-Whitney Test	124
Tablo 13. Mann-Whitney Test	125
Tablo 14. Kruskal Wallis Test İstatistikleri	126
Tablo 15. Kruskal Wallis Test İstatistikleri	127
Tablo 16. Kamu Hastanelerinde Bulunan Acil Servisteki Hasta Memnuniyeti Tutumlarına Ait Dağılımlar	128
Tablo 17. Boyutlar Arasındaki Korelasyonlar	130
Tablo 18. KMO ve Bartlett's Testi	131
Tablo 19. Açıklanan Toplam Varyans	132
Tablo 20. Bireylerin Cinsiyeti ile Eğitim Durumları Arasındaki İlişki	134
Tablo 21. Bireylerin Cinsiyeti ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki	134
Tablo 22. Bireylerin Meslekleri ile Eğitim Durumları Arasındaki İlişki	135
Tablo 23. Bireylerin Cinsiyetleri ile Hastaneye İlk Başvuruları Olup Olmaması Arasındaki İlişki	135

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AB	: Avrupa Birliği
BNA	: British Marth America
DNHW	: The Depertment of Health and Welfare
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
KHK	: Kanun Hakkında Kararname
NHS	: National Health Service
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PIM	: Public Insurance Model
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu

GİRİŞ

Bireylerin sağlıklı olma hallerinin sağlanması ve devam ettirilmesi, tüm dünya ülkelerinin toplumsal hedeflerinden birisidir. Sağlıklı bireylere sahip olmak toplumsal huzurun ve ekonomik kalkınmanın temel unsurudur. Çünkü sağlıklı bireyler, ekonomik olarak işgücü kaybı yanında toplumsal harcamaları da artırıcı bir etki meydana getirirler.

Sağlık hizmetleri; özellikle sağlık personeli tarafından yürütülen ve bireylerin gündelik yaşamını olumsuz etkileyen unsurların kaldırılması ve kaldırılamıyorsa, bireyin ve çevresinin bununla yaşamayı öğrenmesi için gerçekleştirilen eylemler bütünüdür. Sağlık hizmetlerinde bireylerin öncelikle hastalıklara karşı ortaya çıkan risklerden korunması amaçlanmaktadır. Bu riskler kimi zaman fiziksel, kimi zaman da psikolojik ya da sosyolojiktir. İnsanların sağlıklı ortamda fiziksel bütünlük içinde yaşaması sağlandığı takdirde, sağlık sistemlerinin amaçları gerçekleşmiş demektir. Toplumsal olarak sağlıklı olma halinin devam etmesi ancak sürekli iyileştirilen ve birbiri ile iyi entegre edilmiş sağlık sistemleri ile mümkün olmaktadır.

Toplumun sağlıklı olması, üretimin devamlılığını sağlayacağından, ülkelerin yönetimleri için en önemli sektör sağlık sektörü olmalıdır. Özellikle gelişmiş ülkelere bakıldığında, bu ülkelerin yönetimlerinin sağlık ile ilgili doğru sistemler kurdukları gözlemlenmektedir. Hastanelerin en temel işlevi ve varoluş amacı, tedavi hizmetlerini yerine getirmektir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için artan taleplerin en önemli nedenlerinin başında sağlık personelinin tutum ve davranışlarındaki olumluluk payı olmaktadır. Yine tam tersi olarak sağlığa karşı oluşan duyarsızlıklarda sağlık personelinin olumsuz tutum ve davranışının etkisi büyüktür. Sağlık hizmetlerini sunan sağlık personelinin hastalara karşı davranışları da sağlık hizmetlerine yönelen talep durumunu etkileyici bir etken olarak kabul edilmektedir. Sağlık personeline bir nedenle başvuran hastalar beklenti içinde bulunmaktadır. Bunlar sağlık personelinden yardım istemektedirler. Hastalar ve hastalık riski ile karşı karşıya olanların sağlık hizmeti almaları için kurumlar ile bağlantı kurmaları gerekmektedir. Sağlık sistemlerini oluşturan ve hastalar ile birebir

ilişki içinde olan en önemli meslek grubundakiler doktorlar ve hemşirelerdir. Sağlık personelinin hastanın şikayetini doğru değerlendirmesi için onu iyi anlaması gerekmektedir. Sağlık hizmeti veren personel, mümkün olduğunca hastaların beklentilerini karşılamak durumundadır.

Hasta ve yakınları hassasiyeti göz önünde bulundurulursa kendileriyle ilgili sağlık durumları hakkındaki hususlarda daha anlayışlı olmaları ve kabullenmeleri için doktor ve sağlık personelleri tarafından bilgilendirilmenin önemi vardır. Bilgilendirilme hastanın yalnızca tatmin oluşunu etkilememekte, hizmet kalitesini de aynı zamanda etkilemektedir. Tedavi süreci içerisinde verilen ayrıntılı bilgi hastanın tedaviye uyumunu sağlamakta, sağlık personeline güven ve memnuniyeti artırmakta, tedaviye bağlılığına olumlu yönde katkıda bulunmaktadır. Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları formalitelerin sayısı ve bu formalitelerin tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkilemektedir. Doğal olarak tüm hastalar, gereksinim duydukları hizmetleri en kısa sürede almak istemektedirler. Hastanelerde formalite sayısı arttıkça, hastaların zaman kaybı da artmaktadır.

Hasta memnuniyeti, sağlık sistemlerindeki koordinasyon ve hastayı anlama ile ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ne kadar verimli olduğunu anlamak için günümüzde hasta memnuniyeti değerlendirmelerine büyük ölçüde yer verilmektedir. Çünkü kalitesiz sağlık hizmeti sunumu hasta memnuniyetini doğrudan etkileyen en önemli etkidir. Hasta memnuniyeti, sayesinde hastane ve diğer sağlık kurumlarında hastaların ne kadar dinlendikleri, ne kadar şikayetlerinin dikkate alındığı gibi ölçümleri yapmak mümkün olmaktadır. Birbirinden değişik beklentileri ile sağlık kuruluşlarına gelen hastalar, hizmet verilmesi esnasında, beklentilerine kavuşan hastaların tatmin oldukları belirtilmektedir. Bekledikleri hizmeti hastanede göremeyen hastaların ise genel memnuniyet oranlarının daha düşük seviyede oluşmaktadır. Sunulan bakımdan memnun olmayan hastaların iyileşmesi zaman almaktadır. Çünkü hastalar aldıkları hizmetten memnun olmadıkları takdirde, tedavilerine devam etmek istememektedirler. Hastaların tedaviyi büyük ölçüde reddettiği kurumlar hasta memnuniyetinin çok düşük olduğu kurumlar olarak

nitelendirilmektedir. Hasta memnuniyetinin, sağlık hizmeti veren kurum hakkında çok yönlü bilgilendirme ölçütü olduğunu ayırt etmek gerekmektedir.

Hastaların kurum hakkında ne kadar memnun olduklarını bilmek, kurum içindeki ilişkilerin ve sistemlerin belirlenmesi bakımından oldukça önemlidir. Hasta memnuniyetinin öğrenilmesiyle hizmetlere yön verilmelidir. Sağlık hizmetinin kaliteli olmasında çağdaş tıbbi bakımın gerektirdiği en iyi hizmetin verilmesi kadar, hastaların hak, ihtiyaç ve beklentilerinin de sağlanması gereklidir. Acil serviste verilen bakım hastaların/ailelerin servis hakkındaki düşüncelerinde büyük bir etkiye sahiptir. Acil serviste hasta memnuniyeti, özellikle doktor ve hemşire olmak üzere acil servis çalışanlarının niteliğine bağlıdır. Çalışanların davranışı, iletişim becerileri, konuşması, hastaya gösterilen ilgi, saygı ve buna benzer bireysel özellikleri çalışanların niteliğini oluşturur. Sağlık çalışanlarının her konuda hasta ve yakınlarına yardım etmesi ve iyi iletişim içinde olmaları gerekir. Daha iyi bir acil servis hizmeti için; acil serviste hastalara bakım sağlayan çalışanların tecrübe, davranış, iletişim, tedavi, bilgilendirme konularında kendini iyi geliştirmelidir. Bu özelliklere sahip bir acil serviste hasta memnuniyeti yüksek olacaktır.

Çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin ölçülmesinin hizmet kalitesini nasıl etkilediğini ve hastaların tercihlerini nasıl belirlediğini göstermek, hastaların memnuniyet düzeylerini belirleyen faktörleri araştırmaktır. Hipoteze göre, özellikle gelişmiş ülkelerin sağlık politikaları ve sağlık hizmeti veren kurumlar için gerçekleştirdikleri yaptırımlar hastaların memnuniyetini arttırmaktadır. Bu nedenle ülkemizde de sağlık alanında yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Bir diğer hipotez ise sağlık kurumları ve sağlık hizmetlerine ulaşılabirliğin toplusal sağlıklılık halini arttıracadı şeklinde. Yine buradan, yapılan yasal düzenlemeler ile toplumun kendini ne kadar sağlıklı hissettiği hakkında yorum yapılabilecektir. Bir diğer hipotez ise özellikle devlet hastanelerinde hasta memnuniyetinin son yıllarda değişmediği, oranların yaklaşık değerlerde kaldığı yönündedir. Bu nedenle bir devlet hastanesinin acil servisine başvuran hastaların konu ile ilgili görüşleri alınarak önceki araştırmalar ile kıyaslama yapmak gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Kamu hastanelerinde acil hasta servisinde hasta ilişkileri yönetiminin değerlendirildiği bu çalışmanın giriş bölümünden sonra, sağlık hizmetleri ve

kuruluşları başlıklı bölümde sağlık hizmetlerine ilişkin temel kavramların yanı sıra, sağlık hizmet kuruluşları, sağlık hizmetlerinde yönetimle birlikte, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetleri yönetimine yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde ise sağlık kuruluşlarında hasta ilişkileri yönetimi başlığında, sağlık kuruluşlarında hasta ilişkileri, hastalarla iletişim, hasta memnuniyeti, bakım kalitesi, hemşirelik hizmetleri, hasta hakları incelenmiştir. Bu bölümde ayrıca kamu hastanelerinde acil servislerdeki hasta memnuniyetine yönelik çalışmalarla birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti değerlendirilmiştir. Geniş kapsamlı olarak hazırlanan bu çalışmanın, daha sonra gerçekleştirilecek olan araştırmalara katkıda bulunacağından önemli olduğu düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE KURULUŞLARI

Sağlık hizmeti veren birimler, bireylerin ve toplumun genel sağlık durumunu tehlikeye sokacak durumlara karşı önlemler almak, bu durumda aşılama ve rutin kontroller yapmak ile bireylerin sağlıklarının genel kontrollerini sağlayarak, hastalık ve risk durumunda önlemleri almaktadır. Genel olarak bu görevleri hastaneler üstlense de, günümüzde sağlık hizmeti veren çeşitli kuruluşlar mevcuttur.¹

Sağlık kuruluşlar kimi zaman büyüklüklerine, kimi zaman da verdiği sağlık hizmetlerine göre sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmeti veren kurumların bir kısmında doktor, hemşire ve diğer sağlık sektörü çalışanlarının eğitimi verilmekte ve bunlara staj olanağı da sunulmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmeti veren kurumlar, Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu’na dayandırılarak kurulmakta ve işletilmektedir.²

1. SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN TEMEL KAVRAMLAR

Sağlık hizmetlerinin net biçimde anlaşılabilmesi ve hastalıkların önlenmesi, var olan hastalıkların tedavi edilebilmesi için halkın çeşitli kavramları bilmesi gerekmektedir. Aşağıda, sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar açıklanmaktadır.

1.1. Sağlık Kavramı

Kişinin sağlıklı olması ve bedensel bütünlüğünü koruması evrensel çerçevedeki en temel haktır. Sağlıklı olmak her bireyin öncelikli isteğidir. Bu sebeple hükümetler hem kendi içlerinde, hem de uluslararası antlaşmalar ile halk sağlığını korumaya çalışmaktadırlar.

¹Recep Akdur, (2005), *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*, A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2005, s.3

²T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html> Erişim Tarihi 14.10.2014

Sağlıklı olmak bireyin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir. Sağlıklı kişiler gündelik ihtiyaçlarını karşılayabilmekte, bedensel ve ruhsal olarak aktivitelere katılabilmekte ve bu hususlarda zorluk yaşamamaktadır.³

Sağlık temel olarak 3 sınıfta toplanmaktadır. Bunlardan ilki fiziksel sağlıktır. Fiziksel sağlık, bireyin beslenme, solunum, hareket, uyku, boşaltım gibi temel ihtiyaçlarını, sorunsuz şekilde yerine getirebilmesi olarak tanımlanabilmektedir.

Ruhsal sağlıklılık, toplumda içerisinde insanlarla ilişki kurarken ve aktivitelere katılırken sorun yaşamamak, toplumun genel düzenine uyum sağlayabilmektir. Ruhsal olarak sağlığı yerinde olan bireylerde, kendileri olmaktan dolayı mutluluk görülmektedir. Bu bireyler çevreleri ile genel olarak uyum halindedirler. Ruhsal yönden sağlıklı bireyin kişisel hedefleri bulunmaktadır. Bunun yanı sıra toplumsal hedefleri de yer almakta ve toplumla birlikte çalışabilme yetenekleri mevcuttur.

Sosyal açıdan sağlıklı birey öncelikle kendisini seven, bunun yanı sıra içinde yer aldığı topluma uyumlu olan ve burayı seven bireyler olarak özetlenebilir. Sosyal sağlık olgusu bireyin doğumundan sonra, çevresi ile kurduğu ilk iletişim ile başlar. İletişim boyutu ilerledikçe ve bireyin çevresi genişledikçe sosyal sağlık durumu da gelişir ve yerleşir. Bir birey, kendi çevresinde diğer canlıları ve insanları çevresinde zorluk çekmeden kabul edebiliyorsa, onlarla yaşam ortamını paylaşabiliyorsa, sosyal açıdan sağlıklı bir birey olarak kabul edilebilmektedir.⁴

Sağlık, en eski kavramlardan biridir ve tıbbın ilk ortaya çıktığı zamandan itibaren kullanılmaktadır. Günümüzde halen geçerliliğini sürdüren, 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün tüzüğünde yer alan sağlık tanımı ise şu şekildedir:

“Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu.

³Nusret Fişek, *Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları*, Sağlık Yönetimi, Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, 1982, s.1-3

⁴ Nusret Fişek, A.g.e, s.3

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir. Sağlık, günlük yaşam için bir kaynaktır, hayatın amacı değildir. Sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır.”⁵

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesine göre, sağlık insanın en temel hakkıdır. Sözleşmenin maddeleri incelendiğinde, “huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir eko-sistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımının insanların yaşayabilmeleri için en önemli ön koşullar”⁶ olduğunun vurgulandığı görülecektir. Bu durumdan anlaşılan, sağlığın insanların başta yaşam biçimleri olmak üzere, çevreleri ve ekonomileri ile çok yakından ilişkili olduğunu ortaya çıkartmaktadır. İnsanlar çevreleri sağlıklı olduğu kadar sağlıklı olabilmekte, sosyal ve ekonomik koşulları uygun olabildiği sürece sağlık hizmetlerine daha kolay erişebilmektedirler.⁷

Günümüzde, şehirlerin kalabalıklaşması, zamanın verimli kullanılmaması, yaşanan ekonomik krizler, savaşlar ve iş dünyasındaki yoğun rekabet gibi kavramlar yüzünden sağlığın ruhsal boyuttaki tanımları daha da önem kazanır hale gelmiştir. Sağlık durumu küreselleşme ile tüm ülke/bölgeleri aynı anda ilgilendirir hale gelmiştir. Çünkü hızlı ulaşım, sağlıksızlığın da kolay yayılmasına sebep olmaktadır.

1.2. Hastalık Kavramı

Hastalık, en genel anlamı ile sağlık hallerinden bir ya da birkaçının bozulmasıdır. Sağlıklı olmak 3 ana maddede toplandığı için hastalık da 3 temelde toplanmıştır. Bunlar fiziksel, ruhsal ve sosyal hastalıklardır.

⁵ TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 2011, Ankara, s.1

⁶TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, A.g.e, s.1

⁷ TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, A.g.e, s.1

Kesgin ve Topuzoğlu'na göre, hasta birey, yaşamında çeşitli zorluklar yaşayan ve tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan birey anlamına gelmektedir.⁸Buna göre, fiziksel hastalık, organizmanın çeşitli fiziksel sorunlar yaşayarak ihtiyaçlarını karşılayamama durumudur. Fiziksel olarak hasta bireyler günlük ihtiyaçlarını ya hiç karşılayamamakta ya da karşıarken zorluklar yaşamaktadırlar.

Ruhsal hastalık psikolojik bozukluklar olarak da adlandırılabilir, adeta fiziksel hastalıklar gibi bireyin günlük yaşantısını olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak burada söz konusu olan biyolojik işlev bozukluğu değildir. Ruhsal hastalık halini taşıyan bireyler, mutsuz hissedebilmekte ya da kimi zaman çevresine veya kendisine zarar verecek duruma gelebilmektedirler. Genellikle uzun kontrol dönemi ve ilaç tedavisi gerektiren psikolojik hastalık durumları, kimi zaman ilaca gerek duymadan kişinin kendi çabaları ve uzman yardımı ile de tedavi edilebilmektedir.

Sosyal hastalık durumu, bireyin çevresi ile sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır. Bu bireyler içinde buldukları toplum ile uyumsuzdurlar ve kendileri olmaktan dolayı mutlu değildirler. Huzursuz bir halleri vardır.⁹Sađlıksızlık halleri birbirleri ile yakından ilişkilidir. Örneğin fiziksel sağlığın kaybı kimi zaman psikolojik sağlığın bozulmasına sebep olabilmekte, benzer biçimde psikolojik rahatsızlıklar sosyal sağlığın kaybına da sebep olabilmektedir.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amacı

Sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi için imzalanmış olan Ottawa Sözleşmesi'nde sağlık hizmetlerinin temel görevleri nitelendirilmiştir. Sağlık sektöründeki tüm çalışmalar ve bilimsel araştırmalar bu temel görevleri yerine getirme amacını taşımaktadırlar. Uluslararası antlaşmalara göre oluşturulan sağlık politikaları da sağlık hizmetlerini geliştirme amacı başta olmak üzere, bu ödevleri yerine getirmeye yöneliktir. Bu devler şu biçimde sıralanabilir:

⁸Ahmet Topuzoğlu.,(2006),*Sağlığın Tanımı, Başaçıkma*, Journal Of İstanbul Kültür University, Mart 2006, s. 47-49

⁹ Ahmet Topuzoğlu, A.g.e, s. 1-2

- I. Sağlıklı halk politikası oluşturulması,
- II. Sağlığı destekleyici çevrelerin yaratılması,
- III. Sağlık için toplum hareketinin güçlendirilmesi,
- IV. Kişisel becerilerin geliştirilmesi,
- V. Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi

Sağlık hizmetleri, başta koruma amaçlı olmak üzere hastalıklar ile savaşmak için izlenen tedavi yöntemlerini de içermektedir. Bu hizmetler sağlık birimleri tarafından eğitim sahibi personel ile verilmektedir ve bilimsel metotlar kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin amacı var olan sağlık durumunu korumak ve hastalıklar görüldüğünde bireyi tedavi etmek ve bilinçlendirmektir. Sağlık hizmetleri kişisel tercihlere veya talebe bağlı değildir.¹⁰

Sağlık hizmetlerinin atfedilen amaçlara ulaşabilmesi için; “Toplumun tüm fertlerine, ihtiyaçları olan bütün sağlık hizmetlerinin

- I. Yaşamın sağlık yönünden kalitesinin ve süresinin artırılması esas alınarak, eşitlik ve hakkaniyet içinde, insanların ihtiyaç ve beklentilerine uygun, ucuz, kaliteli, ulaşılabilir, yararlanılabilir, yeterli, kaliteli, verimli, etkili, bilimsel yönetim ilkeleri ile yönetilen, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşam gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı, birey-aile ve toplumu bilgilendirip bilinçlendiren, toplum sağlığının elde edilmesi, korunması ve geliştirilerek sürdürülmesini sağlayan bir “şekilde”,
- II. Coğrafi, sosyal, maddi ve diğer imkân ve unsurlarla mümkün olduğunca sınırlanmayan ve iyi çalışan “yapılar” içinde verilmesi,
- III. Fert ve topluma sağlıklı yaşam bilgisi, şuuru, istek ve davranışının kazandırılması,

¹⁰Ali Fidan, Nesrin Kırıl, İpek Erdem, Ayşegül Eren, Gülşen Saraç ve Benan Çağlayan, (2005), *Toplum Kökenli Pnömonilerde Hastane Mortalitesi ve Ulusal Pnömoni Tanı ve Tedavi Rehberine Göre Değerlendirme*, Türk Toraks Dergisi, 2005, Cilt 6, Sayı 2, s. 117

IV. Kişisel, toplumsal ve çevresel sağlıklı ortamlar sağlanması” gerekmektedir.¹¹

Sağlık hizmetlerinin kişinin sağlık ile ilgili gereksinimlerini tam olarak karşılayabilmesi için, bireyin beklentilerine cevap vermesi gerekmektedir. Bireylerin sağlık kurumlarından beklentilerini etkileyen faktörler ise şu şekilde özetlenebilir:

- I. Hastaların medikal gereksinimleri
- II. Hastanın önceki deneyimlerinden edindiği bilgi ve beklentiler
- III. Hastaların sosyolojik, psikolojik ve kültürel durumları
- IV. Hastanın kültürüne göre yerleşmiş olan kalite anlayışı

Ülkelerde sağlık politikaları sağlık hizmetlerine yön vermektedir. Türkiye’de de sağlığın her noktada eşit şartlarda verilebilmesi için çeşitli düzenlemeler yapılmaktadır. Bu sebeple mevzuat değiştirilmiş, başta acil sağlık hizmetleri olmak üzere, tüm sağlık hizmetlerinin koordinasyonu için merkezler kurulmuştur. Aynı şekilde, ülkenin her alanında çalışan sağlık teknisyenleri, hemşireler ve hekimler çeşitli eğitimlere tutulmaya başlanmıştır.¹²

Sağlık hizmetleri genel olarak bireyin sosyal, psikolojik veya fiziksel rahatsızlıklarını gidermeye yönelik olsa da insani değerleri de göz önünde tutmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetlerini yürütür ve yönetirken, çok yönlü biçimde konuya yaklaşılmalıdır.

Sağlık sektörü diğer sektörler ile işbirliği içerisinde olarak çalışmalarını yürütmelidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu konunun önemine Alma Ata Bildirgesi’nde “temel sağlık hizmeti, bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve

¹¹Erdal Sargutan, (2005),*Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:3, s.412

¹² İlgili bölüm son yıllarda değiştirilen mevzuattan edinilen bilgilere göre özetlenmiş olup, personelin koordinasyonu ve eğitimi ile ilgili yorumlar şu Yönetmeliklere ve Kanuna göre yapılmıştır: Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 15.02.2008 Tarih ve 26788 Sayılı Resmi Gazeteİlk Yardım Yönetmeliği, 22.05.2002Tarih ve 24762 Sayılı Resmi Gazete, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-552/ilkyardim-yonetmeliği.html> , Erişim Tarihi: 06.10.2014 T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html> Erişim Tarihi 09.10.2014

ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir herkese gerekli olan hizmetlerdir; bir ülkenin sağlık sisteminin olduğu kadar sosyal ve ekonomik gelişmesinin de entegre bir parçasıdır.”¹³Cmleri ile değinilmektedir.

Sağlık hizmetleri, önleyici, tedavi edici hizmetler gibi çeşitli sınıflara ayrılmalarına rağmen, bu sınıflamaların ilk ve en önemli olanı temel sağlık hizmetleri başlığı altında görevlendirilmektedir. Temel sağlık hizmetleri, sağlıklı hali koruma amacı taşımaktadır. Ülkemizde temel sağlık hizmetleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı biçimde ve 1987 yılında ıkarılan Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu’nun hükümlerince yürütülmektedir.¹⁴ Hükümetler de kendi iç toplumlarında temel sağlık hizmetlerini yürütmek, toplumun sağlığını korumakla yükümlüdürler. Çünkü sağlık bir toplumun refahı ve huzuru için en önemli n koşuludur.

1.4. Sağlık Hizmetlerinin zellikleri ve Yararları

Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliği herkes için eşit olmasıdır. Yine Alma bildirgesine göre, “herkesin temel sağlık hizmetlerine erişiminin olması gerektiği ve herkesin buna dâhil olması gerektiği” vurgulanmaktadır.

“Faaliyet dizileri olarak temel sağlık hizmetleri en azından, sağlık problemlerinin büyüklüğü ve mahiyeti ve bu problemlerin önlenmesi ve kontrol edilmesi yöntemleri hakkında bireyler ve tüm topluma yönelik sağlık eğitimi içermelidir. Diğer önemli faaliyetler arasında, yeterli gıda maddeleri ve uygun beslenmenin teşvik edilmesi; güvenli su ve temel hijyenin yeterli olması; aile hekimliği de dâhil olmak üzere anne ve ocuk sağlığı hizmetleri; bağışıklama; yaygın hastalık ve yaralanmaların uygun şekilde tedavi edilmesi ve temel ilaçların tedarik edilmesi”¹⁵bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri, konusunda eğitim almış sağlık personeli tarafından veriliyor olmasına rağmen, sosyolojik ve ekonomik boyutları olduğu için diğer disiplinlerde eğitim görmüş uzman personele de istihdam sağlamaktadır.

¹³ TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, A.g.e, s.3-4

¹⁴ T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html> Erişim Tarihi 09.10.2014

¹⁵ TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, A.g.e, s.3-4

İnsanların sağlığına zarar verebilecek çevresel etkenlerin neler olduğu, bu etkenlerin ortaya çıkarttığı sağlık problemlerinin boyutları genel sağlık istatistiklerine bakılarak yorumlanmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmeti veren kurumlarda yönetimler, yapılan her faaliyetin bilgilerini kayıt altında tutmakta ve rutin aralıklar ile ilgili kurumlara bu bilgileri vermektedirler.¹⁶

1.4.1. Sağlık hizmetlerinin bütünlük özellikleri

Sağlık sistemleri özel ve kamu kurumları başta olmak üzere hem de diğer sistemler ile bir arada bütün halindedir. Sağlık sistemlerindeki tüm hizmetler, kullanılan malzeme ve ürünler bakımından, arz ve talep hesaplamaları açısından ve diğer tüm ilgili sektörler ile bütünlük arz etmelidir.¹⁷

1.4.2. Sağlık hizmetlerinin toplumsal olması

Sağlık, her bireyi ilgilendiren bir terimdir. Herkesin ilk hakkı sağlıklı yaşama sahip olma hakkıdır ve insanlar arasında bu değişmez bir kuraldır. Bu sebeple toplumun her kesimini, herhangi bir demografik özelliğe bakmaksızın ilgilendirmektedir.

Devletlerin, başta insani haklar gereği, ardından bölgesel farklılıkları giderme amaçlı ve sosyal devlet tanımına uygun yapıya gelebilmeleri açısından sağlık sistemlerini koşulsuz biçimde eşit olarak bireylere ulaştırması gerekmektedir. Sağlığın bozulması ve çevreyi kötü yönde etkilemesi, kısa sürede toplumdaki tüm bireyleri tehdit eder hale gelebilmektedir. Salgınlar buna en güzel örnektir. Bu sebeple, sağlık hizmetleri, koruyucu görevini de üstlenmek zorundadır.

Toplumsal olarak verilen sağlık hizmetleri yalnızca ilgili birimler tarafından yürütülmez. Her vatandaşın bu sistemin içinde görevi mevcuttur ve yasalar ile bu görevler teminat altına da alınmıştır. Örneğin sağlık harcamaları devlet tarafından yapılırken, bu giderler vergiler ile karşılanmaktadır. Öte yandan, bireyler çevrelerini temiz tutarak da sisteme katkıda bulunurlar.

¹⁶ Elif Kılıç, (2013), *Ölüm Nedeni Belgesinin Doldurulması Eğitimi*, Kastamonu TUİK, 24 Kasım-19 Aralık, 2013, Kastamonu, s.20 (Referans Eğiticiler tarafından Sağlık Kurumlarındaki Hekimlere verilecek ve organizasyonu)

¹⁷Erdal Sargutan, A.g.e, s.403

1.4.3. Sağlık hizmetlerinin temel gereksinim olmama özelliği

Temel gereksinim, bireyin günlük yaşamını idare ettirebilmesi için, sağlık durumunu koruyabilmesi için ertelenemeyen ihtiyaçlar anlamına gelmektedir. Sağlık hizmeti almak gündelik yaşamın bir parçası değildir. Ancak bu ertelenebilir anlamına da gelmemektedir. Sağlık ihtiyaç halinde derhal ilgili kuruma başvurmayı gerektirmektedir. Ancak temel gereksinim sınıfında yer almaz.

1.4.4. Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği özelliği

Sağlık hizmeti alma ihtiyacı bazı bireyler tarafından ertelenebilmektedir. Bu durum genellikle doğru karşılanmıyor olmasına ve erken tanıya dikkat çekilmesine rağmen, acil duruma kadar ertelenebilir talep oluşturması sağlık hizmetlerine talep esnekliği özelliğini kazandırmaktadır.

1.4.5. Sağlık hizmetleri talebinin önceden belirlenememesi

Hangi sektör olursa olsun, ürün ya da hizmet üretimi ile ilgili planlamalar yapılırken, geçmiş dönem taleplerine bakılarak tahminler yürütülmektedir. Ancak sağlık sektörü, bu durumun dışında kalmaktadır. Sağlık hizmeti veren kurumlar, talebin ne zaman ve ne ölçüde oluşacağını tahminini yapamamaktadırlar. Sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman ortaya çıkacağı genel olarak belirsiz bir durumdur.

Genel istatistik bilgilerine bakılarak, bazı tahminler yürütülse dahi, sağlık hizmetine nerede, ne zaman ve ne derecede ihtiyaç duyulacağını öngörmek çok mümkün olmamaktadır. Yalnızca kurumların yöneticileri değil, kişiler de kendileri ile ilgili olarak ne zaman ve ne aralıklarla sağlık hizmeti alacaklarını bilemezler. Örneğin yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkan kimi rahatsızlıklar bireyin sürekli sağlık hizmetlerine başvurmasına neden olabilmektedir. Benzer biçimde daha önce çok nadir olarak sağlık hizmeti talebinde bulunmuş bir insan, sonraları kronik bir hastalığa yakalanarak sürekli hizmet talebinde bulunabilir. Yine, kaza gibi ani gelişen durumlarda da bireyler sağlık hizmetine başvurmak durumunda kalmaktadırlar ve durumu öngörememektedirler.

Ekonomik anlamda sağlık hizmetine olan talebin ne zaman ve ne ölçüde olacağını bilmemek, hizmet sağlayıcılarının sürekli hazır durumda tutulmasına sebep olmakta, harcamalar ile ilgili hesaplamaları da zorlaştırmaktadır. Bu durum sağlık ile ilgili sigorta sistemlerinin oluşmasına sebep olmuştur. Sigorta sistemi, hem bireyi hem de kurumları risk paylaşımı sayesinde, ekonomik yönden rahatlatmakta, sistemin ilerleyişı bakımından ekonomik faydalar sağlamaktadır.¹⁸

1.4.6. Sağlık hizmetleri fiyatındaki değişmelerin talebi etkilememesi

Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın zamanının belirlenememesi, sağlık sektörü ürünlerinin tüketimini tesadüfi hale getirmektedir. Diğer yandan, sağlık ihtiyaçlarının karşılanmaması, bireyin hayatını ciddi anlamda olumsuz etkilemekte, hatta kimi durumlarda bireyin yaşamını tehlikeye atabilmektedir. Bu sebeple, fiyatlar sağlık hizmetini almayı engellememektedir. Özellikle erken tanı konusunda yapılan ertelemeler, sağlık harcamalarını arttıracaağı için, ertelemelerin yapılmaması ekonomik yönden bireyin daha rahat olmasını sağlayacaktır.

Sağlık hizmeti, gerek duyulduğu anda alınması gereken hizmettir. Bu sebeple, fiyat artışları sağlık hizmetini alma konusunda kimi zaman ertelemelere yol açsa da, almayı engellememekte, bu hususta duyarlılığı azaltmaktadır.

1.4.7. Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamama özelliği

Sağlık İhtiyacı değişik zamanda değişik durumda ve biçimde kendini göstermektedir. Aynı hastalık, her insanda farklı etki gösterebilir. Hastalığın ne zaman ve ne şartlarda bireyin başına geleceği genellikle tahmin edilememektedir. Bu sebeple sağlık hizmeti ürünlerinde belli bir tüketim standardından bahsetmek mümkün olmamaktadır.

Çeşitli hastalıkların, çeşitli etkiler yaratıyor olması, hastalığın seyrinin bireyden bireye farklılık göstermesi, sağlığın standartta olmadığını anlatır. Sağlık hizmetlerinin herhangi bir hizmet ile eş tutulamayacağı bilinmeli ve standart beklenilmemelidir. Ancak, toplumlarda sosyal faktörler sağlık hizmetlerinde

¹⁸Gülşah Kaya, (2014), *Tıbbi Hizmetler Süreç Yönetimi*, PPT Sunusu, haged.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2013/05/tedavi_hizmetler.ppt Erişim Tarihi:14.10.2014

farklılıklar gösterir. Çevre koşulları sağlık kuruluşlarının faaliyetlerini doğrudan etkilemektedirler. Yapılan hizmet kuruluşlardaki teknolojik özelliğin de etkisindedir. Farklı etkenler Tanı, teşhis ve tedavinin bireylere ve hekime yapılan sağlık hizmetlerinin şekillerini belirlemektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin içinde bulunduğu toplumun demografik yapısına, coğrafi şartlarına, gelişmişlik ve eğitim düzeyine göre şekillendiğini göstermektedir.

1.4.8. Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması

Hemen her sektörde, tüketiciler elde ettikleri fayda doğrultusunda ödeme yapmaya eğilimlidirler. Pahalı gelen mal yerine farklı bir malı tercih ederek ve satın alarak ihtiyacını giderebilme özelliği, sağlık hizmetleri için geçerli değildir. “Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği de, sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmetin ikame edilememesidir. Örneğin, bir kalp kapakçığı ameliyatının daha yüksek maliyetli olması nedeniyle bunun yerine, daha düşük bir maliyete sahip olan çürük dişlerin bakımı konmaz ve ikame edilemez.”¹⁹

Mal ve hizmetlerdeki ikame özelliği yani birinin sağlayacağı yararın bir diğeri tarafından sağlanabilmesi, tüketici için seçim alternatifini oluşturduğundan oldukça önemli bir özellik olmasına rağmen sağlık hizmetleri bu özelliği taşımamaktadır.

Sağlık sistemlerinde, tedavi önerisi eğitim sahibi sağlık personeli tarafından hastaya verilmektedir. Hasta, konu ile ilgili bilgilendirilmelidir. Kimi durumlarda, hastanın fikri sorulmadan bile müdahale gerekebilmektedir. Sağlıkta etik kuralları gereği, bireyin maddi, sosyal, eğitim gibi durumlarına bakılmaksızın, sağlık hizmetlerinden faydalanması sağlanmalıdır. Bireyler arasında ayırım yapılmaz, insani hak olan sağlık hakkına aykırı bir davranış olacağından kabul edilemez.

Ülkemizde de, özellikle acil durumlar için, hastanın konumu, ekonomik düzeyi, güvencesinin olup olmadığı yapılan düzenlemeler ile önemsizleştirilmiş, hatta özel hastanelerin bile acil durumdaki hastadan ücret almasının önüne

¹⁹Coşkun Can Aktan ve Kadir Işık, (2014), *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler*, s.2 www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim.../pdf.../sunum-alternatif.pdfErişim Tarihi: 15.10.2014

geçilmiştir. Bu düzenleme, yeşil, sarı ve kırmızı alan olarak adlandırılmaya başlanmıştır.²⁰

1.4.9. Sağlık hizmetlerinde fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki korelasyonun zayıf olması

Sağlık hizmetlerine ulaşabilmek bireyler için hayati önem taşımaktadır. İnsanın sağlığının, bedensel bütünlüğünün söz konusu olduğu sağlık hizmeti sunumu ve alımı aşamasında fiyat ve değer biçme söz konusu olmamalıdır. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde korelasyonun olmaması iki temel sebebe bağlıdır. Bunlardan birincisi, daha önce de belirtildiği gibi, sağlık hizmeti talebinin bireyin elinde olmaması, tahmin edilememesi ve bu hizmetlerin ikame özelliğinin olmamasıdır.

İkinci bir neden ise, sağlık hizmeti alım sürecinde kontrolün doktorda ve uzman sağlık personelinde olmasıdır. Sağlık hizmeti gerekliliktir. Bu sebeple tüketiciler, pazarlık yapamamaktadırlar. Sağlık hizmetinin giderleri, acil durumlarda ve hizmet alımında değil, genel bir sisteme bağlı olarak karşılanmaktadır.

1.4.10. Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekimin belirlemesi

Tüketiciler, marketteki kişisel araştırmaları ve diğer tüketicilerin yorumları, reklam ve tanıtım sayesinde alacakları mal ya da ürünü seçmektedirler. Ancak bu durum sağlık hizmeti alma gereksinimi için mümkün değildir. Sağlık hizmetinin içeriğini ve süresini konu ile ilgili eğitim ve deneyim sahibi doktorlar vermekte ve uygulamalar doktorların koordinatörlüğünde gerçekleşmektedir.

Sağlık hizmeti alan bireylere ne tür bir hizmet verileceği, bu hizmetin içindeki uygulamaların neler olacağı gibi konularda yetkili kişi doktordur. Elbette hastanın ve ailesinin izinleri alınmaktadır. Ancak eğitim sahibi olan hekim neler yapılması gerektiğini hastaya ve yakınlarına anlatarak tedaviye yön vermektedir. Doktorun gerekli gördüğü işlemler ne olursa olsun bunlar pazarlığa açık değildir ve bu hizmetleri almamak sağlıksız olma halini devam ettirecek hatta daha büyük

²⁰26.03.2014 tarih ve 2014/13 sayılı Acil sağlık hizmetlerinde yeşil alan uygulaması hakkındaki genelge'ye göre özetlenmiştir.

sorunlara yol açabilecektir. Hastaya verilmesi gereken tedaviler, yapılması gereken testler, ilaçlar ve bunların dozları, yatak istirahatı süresi gibi kararlar doktor tarafından verilmektedir.²¹

1.4.11. Sağlık hizmetlerinin sosyal amaçlı olması

Sağlık hizmetleri genellikle hükümetlerin halka sunduğu hizmetlerdir. Kar amacı güdemezler. Sağlık hizmetleri halkı ilgilendirmektedir ve tüm toplum için geçerlidir. Bu sebeple sağlık hizmetleri, sosyal amaçlara hizmet etmektedir.

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri olarak üç grupta toplanmaktadır.

1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireylerin sağlık kurumlarına başvurmaları ve buralardan faydalanmaları için hastalığın ortaya çıkmasını beklememek gerekmektedir. Hastalıkların oluşmasından önce halka sunulan sağlık hizmetlerinin genel adına koruyucu sağlık hizmetleri adı verilmektedir.

Koruyucu hizmetlerde, hastalığın ortaya çıkmasından önce alınan önlemleri ve mücadeleler söz konusudur.²²Koruyucu sağlık hizmetleri bireye yönelik olabilmektedir. Ancak bu hizmetlerden elde edilen faydalar toplumun tamamını ilgilendirmektedir. Örneğin, son günlerde ortaya çıkan EBOLA virüsü şüphesi ile hastaneye kaldırılan bireylerin karantina alınması, hem bu bireyin tedavi edilmeye çalışılması hem de diğer bireylerin hastalığı kapmasını önleme çabasıdır. Bu sebeple, koruyucu sağlık hizmetlerinin sosyal faydasının kişisel faydadan çok daha fazla olduğu savunulabilmektedir.²³

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temelinde temizliği sağlama ve vatandaşları risklere karşı bilgilendirme, hastalığa yakalanmamaları için almaları gereken

²¹C.Can Aktan ve Kadir Işık, A.g.e, s.2

²²Koruyucu Sağlık Hizmetleri, 29 Haz 2012, <http://www.kulturelbellek.com/koruyucu-saglik-hizmetleri/>, Erişim Tarihi 14.10.2014

²³C.Can Aktan ve Kadir Işık, A.g.e, s.3

önlemlerle ilgili olarak eğitim faaliyetlerinin bütünüdür. Toplum içerisinde hastalık risklerinin azaltılması, toplum içinde huzurun artmasına yardımcı olacak, diğer yandan iş gücü gibi konularda performans artışları sağlayarak ekonomik boyutta bile fayda sağlayacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri, çevresel ve kişiye yönelik sağlık hizmeti olarak ikiye ayrılmaktadır.

1.5.1.1. Bireye ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise aşılama, bağışıklık sistemini güçlendirme, beslenmeyi düzenleme, aile planlaması gibi uygulamalardır ve daha bireyseldirler.

1.5.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevresel sağlık hizmetleri çevredeki olumsuz etkileri gidererek halkın sağlığının bozulmasının önüne geçme çabasıdır. Çevrenin temizliğinin sağlanması, suların temiz biçimde kullanıma sunulması, çöp kutularının zamanında boşaltılması gibi eylemler çevresel korumaya örnek olarak gösterilebilmektedir.

1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı ve hastalığın söz konusu olduğu durumlarda yapılan müdahaleler tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir. Bu hizmetlerin bireye yönelik özel faydaları sosyal faydalara oranla daha fazladır. Ancak söz konusu sağlık unsuru bulaşıcı bir hastalığın tedavisi ise sosyal faydanın da görüldüğü söylenebilir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sosyal faydalarından biri de, hastalığın tedavisi ile artan kişisel verimliliklerdir. Kişisel verimliliğin artışı ekonomide önemli bir olgu olarak yer almaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri genel olarak 3 aşamadan oluşmaktadır. Bunlar, tanı, teşhis ve tedavi süreçleridir.²⁴Bu sağlık hizmetlerinin verildiği yerler, kapsamına göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren kurumlar olarak ayrılmaktadırlar. Tedavi edici sağlık hizmetinin alımı

²⁴C.Can Aktan ve Kadir Işık, A.g.e, s.3

sürecinde, yalnızca sağlık kurumlarının çabaları yeterli değildir. Bu aşamada bireylerin kendi çabaları da önemlidir.

1.5.2.1. Kendi Kendine Bakım

Kendi kendine bakım başta kişisel hijyeni sağlama olmak üzere, bireyin tedavi sürecinde kendisine yardımcı olmasıdır. Hastanın aile ve diğer yakınlarının da bu sürece dahil olarak faydalı olma çabası kendi kendine bakıma örnek gösterilebilir.

Ancak kendi kendine bakım süreci, uzmanlar tarafından yönlendirilmeli, hasta ve yakınları konu ile ilgili bilgilendirilmelidir. Çünkü kendi kendine bakım çabaları kimi zaman hastalığın seyrini değiştirebilmekte, hatta zorlaştırabilmektedir. Kendi kendine bakım süreci de bilimsel yöntemlere ve temizlik kurallarına dayandırılmalıdır.

1.5.2.2. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için ilk başvurmaları gereken yerlerde verilen hizmetlerdir. Burada hastayı doktorlar tanırlar ve rutin tetkiklerini uygulayabilirler. Bunun yanı sıra, hastalık geçmişi gibi durumları da gözlemleyen hekim, hastaya daha kişisel olacak biçimde yardımcı olur. Birinci basamak sağlık hizmetleri en önemli hizmetler arasında yer almaktadır.

Örneğin bir hastanın aynı ağrı kesiciyi sürekli kullanması vücudun ilaca karşı direnç kazanmasına neden olabilir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruma rutin başvuran hastaların bu ilaç geçmişleri kolaylıkla takip edilerek, gerekli görüldüğünde doz ya da etken madde değişiklikleri yapılır ve hastanın ilaca direnç kazanması önlenir. Bu durum ilaç alerjileri oluşmasının da önüne geçerek hayati öneme sahip olabilir.

Ülkemizde ana-çocuk sağlığı ve sağlık ocakları gibi merkezler, birinci basamak sağlık hizmetlerini üstlenmişlerdir. Buralarda bulunan aile hekimleri hastaların sürekli hekimleridir ve hastanın tıbbi geçmişinin de bilgisine sahiptir. Bu sebeple, sağlık ocakları ve ana-çocuk sağlığı merkezleri, bireylerin ilk başvurdukları

sağlık merkezi olma amacını taşımaktadırlar. Hastaların genel durumlarının bilinmesi ve aynı hekim tarafından izlenmesi için önemlidirler.²⁵

1.5.2.3. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda daha çok konusunda uzmanlaşmış birimler yer almaktadır. Burada poliklinik hizmetleri verilerek, birinci basamak sağlık kurumlarında çözüm bulunamayan sorunlar ile uğraşmaktadır. Hekimler uzmanlardan oluşur ve genellikle operasyonlar gerçekleştirebilirler. Bu hastanelerde tıbbi cihaz yoğunluğu birinci basamak sağlık kurumlarındakine oranla daha fazladır. Devlet hastaneleri ve özel hastaneleri, buralarda verilen poliklinik hizmetlerini içerisinde barındırmaktadır. Bunların genel adı yataklı tedavi birimleridir.²⁶

1.5.2.4. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar yüksek teknolojiye sahip ve üst düzey uzmanlaşmış sağlık personelinin barındıran üniversite ve araştırma hastaneleridir. Buralarda genellikle araştırma çalışmaları yapılmaktadır. Yeni tıbbi buluşların gerçekleştiği bilim yuvaları olan bu birimlerde ileri düzeydeki tetkikler ve operasyonlar da gerçekleştirilir.

Sağlıkta birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini birbirinden ayıran detaylar Tablo 1’de özetlenmektedir:

²⁵Hakan Tüzün., Sefer Aycan, Mustafa N. İlhan, (2014), *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Sağlık ve Sosyal Belirleyiciler*, Toplum ve Hekim Dergisi, TTB Yayın Organı, Mart-Nisan 2014, Cilt:29, Sayı:2, s. 463

²⁶Recep Akdur, A.g.e, s.4

Tablo 1. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Hizmetinin içerik Açısından ilişkisi

Birinci, ikinci ve Üçüncü Basamak Hizmetinin içerik Açısından ilişkisi		1. Basamak Hizmeti	2. Basamak Hizmeti	3. Basamak Hizmeti
Sağlık Sorunu	Nadir ve Komplike	+	+	++++
	Seyrek ve Spesifik	++	++++	++
	Sık Görünen ve nonspesifik	++++	++	+
Hizmetin Yeri	Toplum Alanları	++++	++	+
	Hastane Tabanlı Genel Hizmet	++	++++	++
	Hastane Tabanlı Yoğun Bakım gerektiren Hizmet	0	++	++++
Sorumluluk Boyutu	Sürekli Hizmet	++++	+	+++
	İntermittan hizmet	+	++++	+
	Epizodik Hizmet	+	++	+
Bilgi Kaynağı	Hasta ve Yakınları	++++	++	+
	Epidemiyolojik veri tabanı	++++	+++	+
	Biyomedikal Veri Tabanı	+	++	++++
Sevk Paterni	Direk Ulaşım	++++	+++	0
	Sevklı Ulaşım	+	+++	++++
Yönelimi	Koruma/Sağlıklılığın Sürdürülmesi	++++	++	+
	Erkentani/engellilik kapsamı	+++	+++	++
	Palyasyon/rehabilitasyon	++	++	++++
Teknoloji Kullanımı	Karmaşık Ekipman ve personel	+	++	++++
	Düzenli laboratuvar	++++	++++	++

Kaynak: Türk Tabipler Birliği, Halk Sağlığı, www.ttb.org.tr/kutuphane/birincibasamaksh.pdf

Erişim tarihi: 14.10.2014

Tablodan görüldüğü üzere, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların tedavi ettiği hastalıklar genellikle en sık rastlanan hastalıklarken, ikinci ve üçüncü dereceden sağlık hizmeti veren kurumlarda daha nadir rastlanan hastalıkların tedavisi ile ilgilenilmektedir. Bunun temel sebebi, ikinci ve üçüncü derecedeki sağlık kurumlarında teknoloji kullanımının daha fazla olması ve biyomedikal veri bilgisinin daha fazla olmasıdır. Sağlık hizmeti basamaklarında birden üçe doğru gidildikçe kapasite ve bilgi donanımı, sağlık çalışanı sayısı da artmaktadır. Ancak, önleyici ve

en sık görülen hastalıkları tedavi edici vasfı sebebi ile bir de diğer basamaktaki sağlık kurumlarında yığılmaları önlemek adına en sık bulunan sağlık kurumları birinci basamak sağlık kurumlarıdır. Özellikle hastayı tanımak ve hasta ile ilgili veri tabanı oluşturmak adına birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların varlığı hayatidir.

1.5.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

İnsan hayatında başına gelebilecek ve ardında bedensel ya da ruhsal izler bırakabilecek kimi olaylar mevcuttur. Bu olaylar, ruhsal sorunlar, krizler, kazalar, organların yeterli kullanılamaması gibi durumlar olarak sıralanabilir.

Rehabilitasyon, “iyileştirme” anlamına gelen bir terimdir. Bireyin çeşitli nedenler ile ruhsal ya da fiziksel olarak, bütünlüğünü yeterince kullanamaması ya da kullanma zorluğu yaşaması gündelik yaşantısını olumsuz yönde etkilemektedir. Rehabilitasyon hizmetleri bu aşamada devreye girer.

Rehabilitasyon hizmetlerinde, kısıtlı kullanılan bir organın kullanımına yardımcı olma hizmetleri mevcuttur. Bunun yanı sıra kaybedilen organlar sebebi ile yaşam şekli değişmiş bireylerin yeni durumlarına ayak uydurmaları sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu alıştırmaya evresi çok yönlü incelenmelidir.

Kişinin içinde bulunduğu durum detaylı incelenerek, yapacağı fiziksel aktiviteler konusunda eğitilirken diğer yandan bu durumun bireyi üzmemesi için psikolojik destek de sağlanarak yeni durumunu kendisinin ve ailesinin kabullenmesine uğraşılır. Bu hizmetlerin tamamı, rehabilitasyon hizmetleri başlığı altında toplanmaktadır.

Doğuştan ya da sonradan bir organın tam verimle kullanılamaması gibi durumlarda yapılan tedavi hizmetleri veya engelli vatandaşların topluma uyum sağlaması çalışmaları rehabilitasyon hizmetlerine örnek verilebilir.²⁷

²⁷C.Can Aktan ve Kadir Işık, A.g.e, s.3

1.6. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Kişiler, sağlıklı olma hallerini devam ettirebilmek, var olan hastalıklara karşı kendilerini ve çevrelerindeki kişileri korumak ve hastalıklarını gidererek yaşam kalitelerini arttırılabilmek için, önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini kullanmaktadırlar.²⁸

Sağlık hizmetlerinden insanların faydalanabilmeleri için çok yönlü biçimde bir tamlık söz konusudur. Bunlar nitelikli personel, cihaz, ulaşım gibi unsurlardır. Hizmetlerin kullanılabilirliği bu hizmetlere erişim ve hizmet alımlarına bakılarak değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde ihtiyaç çeşitli ve değişkendir. Bu çeşit ve değişkenlere uygun biçimde hizmetlerin sunulması sağlanmalıdır. Kullanım, hizmet sağlayıcı ve hizmet talep edenlerin buluşma anında gerçekleşebilmektedir.

1.6.1. Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetlerindeki kullanım oranlarını etkileyen en önemli faktörlerin arasında teknoloji bulunmaktadır. Teknolojinin, hastalıkların çeşitli boyutlarda seyretmesini direkt olarak etkilemektedir. Bu durum, hastanelerin kullanımına da yansımaktadır.²⁹

Hastalıkla mücadele ve sağlık kuruluşuna başvuruları etkileyen bir diğer önemli etken ise toplumsal normlardır. Toplumsal normlar, sağlık sisteminin nasıl finanse edileceği ile de yakından ilişkilidir.

Toplumun bir sisteme verdiği önem ne denli büyük ise, devletin konu ile ilgili davranışı da o derece şekillenecek ve devletin o sisteme ayırdığı pay artacaktır.

²⁸C.Can Aktan ve Kadir Işık, A.g.e, s.1

²⁹Harun Kırılmaz, (2013), *Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 4, Sayı: 1, Ocak 2013, s.11-21, https://www.academia.edu/6874239/Hasta_Memnuniyetini_Etkileyen_Faktorlerin_Saglik_Hizmetlerinde_Performans_Yonetimi_Cercevesinde_Incelenmesi_Poliklinik_Hastalari_Uzerine_Bir_Alan_Arastirmasi Erişim Tarihi: 15.10.2014

Aynı durum sigorta sistemleri için de geçerlidir. Kişisel tercih olarak sigorta yaptırmama ve özel sigorta sistemleri ile ilgilenme toplumun sağlığa verdiği önemi ortaya çıkartmaktadır. Sağlık hizmeti sunumundaki planlamalar, yapılan istatistikî incelemelere göre şekillenecektir.

Sağlık hizmeti alımını etkileyen diğer faktörler ise aşağıdaki başlıklarda sıralanmıştır.

1.6.1.1. Bireyin hizmetleri kullanmaya yatkınlığı

Sağlık hizmeti kullanımı isteği insandan insana değişmektedir. Kimi bireyler sağlık hizmeti almaya ve istemeye daha eğilimli olabilmektedirler. Bu eğilim hastalık durumuna göre belirlenebilmektedir.

Bireylerin sağlık hizmetine karşı ihtiyaçları demografik özellikleri ile de değişkenlik göstermektedir. Eğitim, ırk, meslek, aile büyüklüğü, etnik yapı, din, yerleşme biçim bireylerin sağlık alma eğilimini yakından etkileyen faktörler arasındadır. Diğer yandan bireylerin inanışları da sağlık kurumlarına başvuru eğilimlerini yönlendirmektedir.³⁰ Kısacası sağlık kurumlarına başvuruda kişinin içinde yetiştiği toplum ve kültür yapısı büyük etkendir.

1.6.1.2. Hizmetleri elde etme olanağı

İnsanların sağlık hizmeti almaya yatkın olmaları durumunda bile bu hizmete ulaşmaları esnasında problemler yaşayabilmektedirler. Bireylerin, sağlık hizmetine erişebilmeleri için çeşitli koşulların sağlanması gerekmektedir.

Bireyin hizmet elde etmesi ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı etmen denmektedir. Gelir, sağlık sigortasının kapsamı ya da üçüncü el ödemesi, bireyin düzenli bir bakım kaynağının olup olmaması, o düzenli bakım kaynağının doğası ve kaynağın kullanılabilirliği gibi aile kaynakları; o toplumdaki sağlık olanakları ve personel miktarı ile ailenin yaşadığı bölgenin konumu ve toplumun kentsel-kırsal doğası bu koşullar arasındadır.³¹

³⁰Harun Kırılmaz, A.g.e, s.13-14

³¹Harun Kırılmaz, A.g.e, s.13-14

1.6.1.3. Hastalık düzeyi (ihtiyaç)

Sağlık hizmetlerine başvurma isteğinin en öncelikli koşulu bireyin veya çevresindekilerin, var olan bir hastalığı ya da hastalık riskini farkına varmasıdır. Sağlık hizmetine başvurmak için en önemli neden, hastalık durumlarıdır.

Hastalık düzeyi, değerlendirme ve algılanma olarak şekillenmektedir. Algılanan hastalık durumu, gündelik yaşamın etkilenme boyutu ile orantılıdır. Buna bağlı olarak kişinin kendini gözlemlemesi hastalık algısını ortaya çıkartmaktadır. Hastalığın uzman tarafından incelenmesi, tetkikler yapılması ve buna bağlı olarak düzeyin belirlenmesi ise hastalığı değerlendirmedir. Bu kısma değerlendirilen hastalık denilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kullanım ölçüleri; kullanılan hizmet türünün (hastane, acil bakım, evde bakım), bakımın verildiği yerin ve alınan bakımın amacının zaman aralığının ve belirli bir hastalık vakası için başvuru için çeşitli sağlık personelinin sayısı ile ölçülen sürekliliğin belirtilmesini kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kullanılması yapılan araştırmalarda değişken olarak kullanılan ölçülere dayanmaktadır. Bu konuda yapılan istatistiklerden yola çıkarak yapılan araştırmalar mevcuttur. İstatistik bilgiler, hekime folk sektöre başvurma, hastanede yatma, acil servise başvurma, önleyici ve koruyucu sağlık hizmeti alma, diagnostik incelemeler yaptırma olarak belirlenmektedir.

1.6.2. Algılanan Sağlığı Etkileyen Faktörler

Bireyin kendini iyi hissetmesi ve hissetmemesi gündelik yaşamındaki olumsuzluklar ile orantılıdır. Birey, kişisel yaşamında sorunlar yaşadığı takdirde hastalık algısı da artacaktır. Sosyoekonomik değişkenler de bireyin kendisini sağlıklı hissetmesi konusunda büyük rol oynamaktadır. Yaşam standardı düşük olan bireylerin kendilerini iyi, sağlıklı ve mutlu hissetmeleri oldukça zordur.

Günlük yaşamın stresi de başta psikolojik olmak üzere sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Gelir düzeyi, kişinin alım gücünü, dolayısıyla beslenme, barınma gibi ihtiyaçlarını kaliteli biçimde karşılamasını doğrudan etkiler. Bu durum sağlığı

bozabileceği gibi, sağlıklı olma algısını de şekillendirmektedir. Bireyin kişisel yaşamında da yaşadığı sorunlar kötü hissetmesine neden olabilmektedir. Örneğin, boşanmış ya da dul kalmış bireylerin sağlık algıları daha düşüktür. Bu bireyler kendilerini daha kolay hasta hissedebilmektedirler.

Eğitim düzeyi sağlık algısında önemli role sahip bir diğer önemli unsurdur. Eğitim düzeyine bağlı olarak kişinin mesleki hayatı da şekillenmektedir. Bu durum doğrudan gelir düzeyine etki etmektedir. İş yaşamında başarılı olan bireylerin, sağlıklı hissetmeleri, başarısız olanlara ya da alt düzey çalışanlarına oranla daha mutlu olmaları alışılmış bir durumdur.³²

1.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Kullanımı Etkileyen Faktörler

Bireyler çeşitli şeylerden etkilenerek sağlık hizmetlerini kullanmak için başvuru yapmaktadırlar. Sağlıklı olma isteği her bireyde olmasına karşın hizmet alma isteği, kişinin içinde bulunduğu topluma, bu toplumun kültür yapısına, sağlıklı ilişkili normlara, sosyal statüye, gelir durumuna ve bu gelire bağlı ya da devlete bağlı sağlık hizmeti sunma olanaklarına göre değişkenlik göstermektedir.³³

Kişi ilk olarak gündelik yaşamındaki faaliyetlerini yerine getiremediğinde ve kişisel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandığında sağlıksız olduğunu hisseder. İşte bu anda, kişi sağlık hizmetini aramaya başlamaktadır. Pek çok kişi genel belirtileri önemsememekte ve sağlık kuruluşuna başvurmamaktadırlar. İlerleyen evrelerde sağlık durumu kötüleşmekte ve sağlık hizmeti alma isteği ortaya çıkmaktadır.

Pek çok ülkede devlet tarafından ücretsiz olarak sunulan sağlık hizmetleri, özellikle sosyal güvencesi olmayan insanları zorlamaktadır. Maddi giderlerden kaçınarak ertelenen sağlık hizmeti alma gereksinimi, hastalığın ilerleyen dönemlerinde kişiye daha büyük bir yük olarak yansımaktadır.³⁴

³²Osman Günay, İskender Gün, Ahmet Öztürk, Fevziye Çetinkaya ve Melis Naçar, (2005), *Kayseri İlindeki Yaşlılarda Algılanan Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler*, Geriatri Dergisi, Cilt 8, Sayı 1, s.10-12

³³Ramazan Erdem ve Edibe Pirinççi, (2003), *Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler*, O.M.Ü tıp Dergisi, 20(1), s.40

³⁴Ramazan Erdem ve Edibe Pirinççi, A.g.e, s.41

Genellikle toplumlarda hasta olunduğu zaman sağlık kurumlarına başvurmak gerektiği inancı mevcuttur. Ancak gidilen sağlık kurumundaki kimi teknik aksaklıklar insanların buralardan yeterince faydalanmasını engellemekte, doyum sağlamalarının önüne geçmektedir.³⁵

Sağlık hizmeti kullanımı hem arzın hem de talebin bir işlevi olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri sistemiyle temas kurmada etkili olan faktörlerin sosyoekonomik, demografik, kamusal, aileye ilişkin özellikler, tutum ve davranışlarla ihtiyaç faktörleri olarak ele alınabilir. Bununla birlikte ilk bağlantıdan sonra kullanım, hekim tarafından belirlenir ve hasta yönünden alternatif tedavi maliyetleri, kurumsal bağlantılar, bilgi ve zaman açısından hekime olan maliyet gibi yeni unsurlar da devreye girmektedir. Hastanın hekim ile ilk bağlantısına kadar olan süreçte hasta daha ziyade belirleyici bir rol oynarken, hekimin devreye girmesiyle inisiyatif büyük ölçüde hekimin elinde olduğundan sonraki kullanımlarda hekimin rolü büyük olmaktadır.

1.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

İnsanlar sağlıklı olmak ve sağlıklarını korumak için çeşitli çabalar harcamaktadırlar. İnsanların yaşam biçimi, genel sağlık durumlarını yakından ilgilendirmektedir. Sağlık davranışı bu aşamada ortaya çıkmaktadır.

Sağlık davranışı, temel olarak hastalıklardan korunmak için uygulanan davranışlar bütünü olarak tanımlanabilir. Kişiler sağlıklı olma hallerini devam ettirmek ve sağlıklarını geliştirmek için çeşitli yollara başvururlar.

Sağlıklı yaşam biçimi, denildiğinde akla yalnızca kişiyi fiziksel olarak güçlü hissetmesi gelmemelidir. Bu yaşam biçimini benimsemek, yaşam standartlarını yükseltmeye çalışmak, iyi ve dengeli beslenmek ve sağlıklı olma halini sürekli hale getirmeyi kapsamaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen bireyler günlük besin ihtiyaçlarını karşılamaya özen göstermeli, sağlığı olumsuz etkileyebilecek faktörlerden (sigara, alkol vb. gibi) uzak durmalı, stresle başa çıkma yöntemleri geliştirmeli, uyku düzenlerine özen göstermelilerdir.

Bireyin yaşam tarzının pek çok hastalığın kökeni olduğu kabul edilmesi gereken bir gerçektir. Önleyici sağlık hizmetleri içerisinde bile, sağlıklı yaşam koşullarını uygulama öğretilmeye ve bu alanda halk bilinçlendirilmeye çalışılmaktadır.

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık davranışları üzerine olan etkilerinin değerlendirildiği araştırmalarda eşitsizliklerin görüldüğü toplumlarda bireylerin sağlığı geliştirici davranışları uygulama olasılıklarının daha düşük olduğu gözlemlenmekte ve bu durum da bireye sorumluluk yüklemenin doğru bir yaklaşım olmadığını göstermektedir.

Dolayısıyla günümüzde toplumlarda, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmek için çoğu ülkelerde bağışıklama, kanser taramaları, sigarayı bırakma gibi sağlık programları benimsenmiştir. Sağlık programlarında belirlenen hedeflere ulaşmak için de sağlık eğitimi çalışmaları yürütülmektedir.³⁶

Elbette sağlıklı yaşam oluşturma kişisel çaba ile gerçekleştirilemez. Sağlıklı yaşam biçimini halka benimsetmek için devletin de üzerine düşen pek çok görev bulunmaktadır. Temiz çevre, bağışıklama, bölgesel farklılıkları gidererek her noktaya eşit hizmet sunma, sağlık konusunda eğitim sağlama, aile planlamasını öğretme gibi faaliyetler de sağlıklı yaşam biçimini oturtmak için devletin üzerine düşen görevler arasındadır. Bu sayede vatandaşların da yaşam kalitesi yükselecektir.³⁷

1.8. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, başta bireyin kendisini iyi hissetmesi için oldukça önemliken, bunun yüksek seviyede olması sayesinde kişisel verimlilik de beraberinde gelmektedir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi olgusu da adından da anlaşılacağı üzere, bireylerin daha sağlıklı olmalarını sağlayan çeşitli davranış ve etmenleri kendi

³⁶Zuhal Bahar, Ayşe Beşer, Nihal Gördes, Fatma Ersin ve Ayşegül Kıssal, (2008), *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması*, C.U. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(1), s.3.

³⁷Zuhal Bahar, Ayşe Beşer, Nihal Gördes, Fatma Ersin ve Ayşegül Kıssal, A.g.e, s.2-3.

hayatlarına yerleştirmesidir. Buna bağı olarak iyilik halleri yüksek seviyede kalmaktadır ve bu bireylerin hastalık algısı da buna paralel olarak düşmektedir.

Günümüzde pek çok toplumda sağlıklı olma hali yaşam kalitesi ile eşdeğer tutulmaktadır. Ancak genel olarak bakıldığında, yaşam kalitesi sağlıktan çok daha geniş bir kavramdır ve bünyesinde pek çok temel hakkı barındırmaktadır. Bunların en başında elbette sağlık gelir ancak eğitim, beslenme, maddi olanaklar da yaşam kalitesinin önemli göstergeleri arasında yer almaktadır.

Sağlıklı olma hali, kişinin yaşam kalitesini yükseltmektedir ancak yaşam kalitesine etkisi olan tek şey sağlık değildir. Yaşam kalitesi pek çok bileşenden meydana gelmektedir. Sağlık bakım sistemlerinin amacı yaşam kalitesinin sağlıklı ilgili parçasını maksimize etmektir. Yaşam kalitesinin sağlıklı ilgili kısmı sağlık statüsü olarak isimlendirilmektedir.

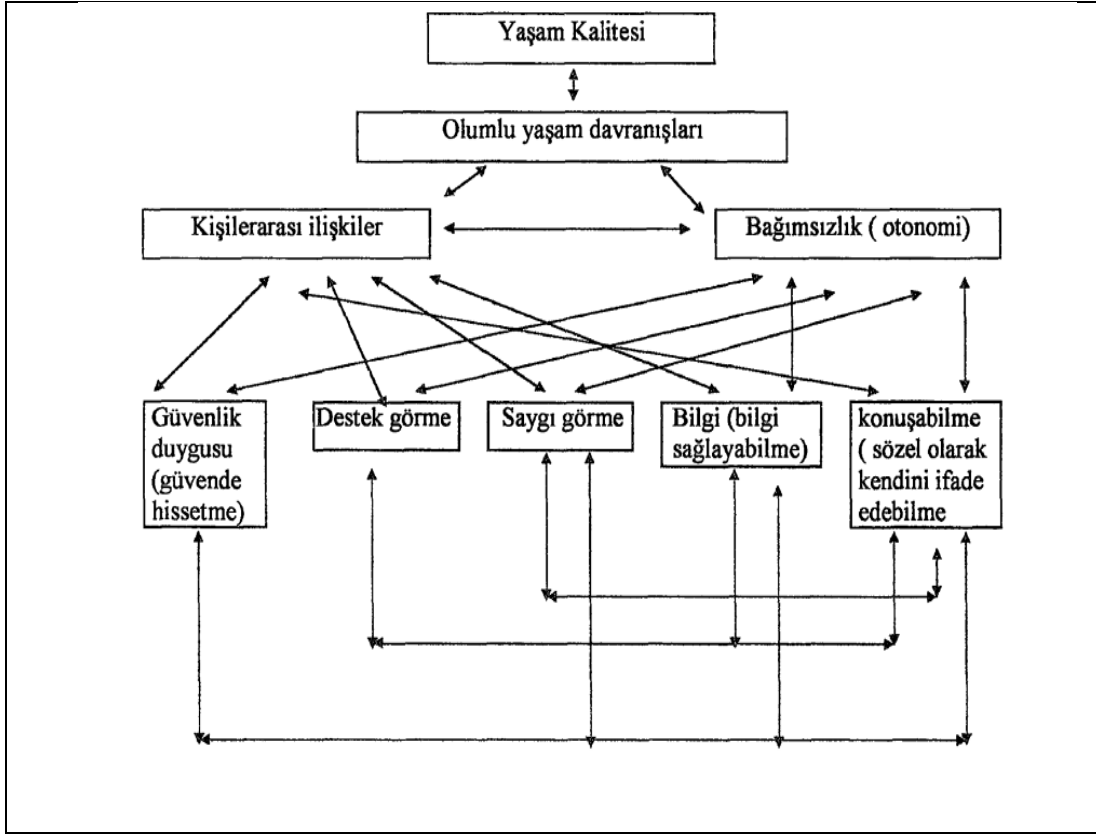
Sağlık hizmetlerinin kalite standartlarına bağı olması, vatandaşların eşit biçimde bunlardan faydalanması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylığı, hizmet alımında maddi zorluklardan uzak olmak, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği için, hizmet yönetim sürecinin bireylerin hayatında büyük etkisi mevcuttur.³⁸

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaşam süresine yüklenen değerler bütünü olarak ele alınmalıdır. Burada bireyin günlük yaşamında, fiziksel ve rutin hareketlerde kısıtlama olmadan, günlük yaşamın oluşturduğu stresten uzak durma, kendi kendine bakabilme ve ihtiyaçlarını karşılayabilme kapasitesi gibi özelliklerin mevcut olması yaşam kalitesinin biraz daha artması anlamına gelmektedir.

İnsanların dünya çapında yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik uluslararası sözleşmeler ve bu sözleşmelerin getirdiği çeşitli kurallar mevcuttur. Bu kuralların bir kısmı sağlık alanı ile de ilgilidir. Ancak devlete düşen tek başına sağlık sektöründe iyileştirmeler yapmak değildir. Vatandaşlarının tamamına eşit biçimde çeşitli hizmetler sunarak, hükümetler yaşam kalitesini ve toplumun refah düzeyini arttırmakla görevlidirler.

³⁸Yaşam Kalitesi, www.dicle.edu.tr/.../8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf Erişim Tarihi: 16.10.2014.

Yaşam kalitesini arttırmada gerekli çeşitli bileşenler Şekil 1’de verilmiştir:



Şekil 1. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri

Kaynak: www.dicle.edu.tr/.../8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf Erişim Tarihi: 16.10.2014.

2. SAĞLIK HİZMET KURULUŞLARI

Bu bölümde sağlık hizmet kuruluşları hakkında açıklamalara yer verilecektir.

2.1. Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar

Sağlık hizmeti veren kuruluşlar, yataklı hizmet sunan, ayakta tedavi hizmeti veren ve kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları olmaktadır.

2.1.1. Yataklı Hizmet Sunan Kuruluşlar

Yataklı hizmet veren kuruluşlara, hastaların başvurmasından itibaren muayene ve tanı süreci başlamaktadır. Muayenenin ardından hastanın evine

gitmemesi ve uzmanlar tarafından gözlem altında tutulması gerektiğine karar verildiğinde, tedavi süreci başlar ve bu tedavi süreci hastane içinde yatış ile devam eder. Elbette her vakada yatak istirahati önerilmez. Bu sağlık kurumlarına, ayakta tedavi hizmeti sunan sağlık kurumlarında çözüm bulunamadığında başvurmak gerekmektedir. Burada alanında uzmanlaşmış hekimler mevcuttur ve daha özel tedaviler uygulanır. Tanı ve tedavi sürecinde teknolojik tıbbi cihazlardan faydalanılır.

Yataklı sağlık hizmeti kuruluşlarında hastaların gerekli durumlarda bu kurumlarda kalarak yatak istirahati alması sağlanmaktadır. Çalışmamızın önceki bölümlerinde de belirtildiği gibi bu kurumlar ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar olarak da adlandırılmaktadır. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı kuruluşlar ikinci basamağa örnektir.

Hastanelerde poliklinik hizmetleri esas hizmetlerinden değildir. Buraya gelen poliklinik hastaları, birinci basamak sağlık kurumlarında çözüm bulamayan ve sevk edilen hastalar olmalıdır. Tetkiklerin tamamlanarak tanının konulması süreci poliklinik hizmetleri aşamasında verilir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri dışında üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren özel dal merkezleri de bulunmaktadır. Bu hastanelerde en yeni tıbbi teknolojiler kullanılmaktadır. Buralar, gelişmiş tedavi merkezleri olarak da anılmaktadır. Gerekli görüldüğünde, 3. Basamak sağlık hizmeti veren bu kurumlarda da hekimler hastaya yatak istirahati önerebilmektedirler.

Genellikle belli bir hastalığın tedavisiyle ilgilenir. Fizik tedavi rehabilitasyon merkezleri, kadın doğum hastaneleri, diş hastaneleri gibi dal hastaneleri üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak görülmektedir. Üniversitelerin kapsamındaki eğitim amaçlı kurulmuş hastanelerde yalnızca ağır hasta bakımı yapılmadığından, ayakta teşhis ve tedavi de uygulandığından dolayı buralar hem birinci, hem ikinci hem de üçüncü basamak sağlık kurumları arasında sayılmalıdır. Bu sebeple buraların yoğunluğu her geçen gün artmaktadır.

2.1.2. Ayakta Tedavi Hizmeti Veren Kuruluşlar

Ayakta tedavi hizmeti veren kuruluşlar birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlardır. Hastaların genel durumlarının takip edilmesi açısından oldukça önemlidir. Aynı şekilde bağışıklama gibi faaliyetlerin de yürütüldüğü ya da basit testlerin uygulandığı birimlerdir.

Hastaların ilk başvurması gereken birimler olarak ifade edilirler. İlk müdahaleler buralarda yapılmalıdır. Hastanın tedavisi, ayakta gerçekleştirilir ve hasta taburcu edilir. İleri düzeyde araştırma gerektiren bir durum olduğunda hekim, daha özelleşmiş ve teknolojik bakımdan daha donanımlı hastanelere sevk isteyebilmektedir.

Günümüzde, aile hekimleri bu görevi üstlenmektedir. Bireylerin yaşadıkları yere göre aile hekimleri mevcuttur. Bu hekimler hastanın tıbbi bilgilerini bilirler ve tedavileri buna göre yürütürler. Hastaların ilaç dirençlerinin oluşmaması ve genel sağlık durumlarının takip edilerek, erken teşhis ve tedavilerinin uygulanabilmesi açısından aile hekimleri hayati önem taşımaktadır.³⁹

2.2. Kamu ve Özel Sektör Sağlık Kuruluşları

Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları kamu ve özel hastaneler olarak ele alınmaktadır.

2.2.1. Kamu Hastaneleri

“Kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması ya da dönüştürülmesi sürecinde sağlık alanında yapılması amaçlanan dönüşüm, kamuoyuna 2003 yılının Haziran ayında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak açıklanmıştır.”⁴⁰

Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde düzenlenmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması ile birlikte sağlık kuruluşlarında idari ve finansal özerkliği sağlamak, birikimi teşvik

³⁹Hakan Tüzün., Sefer Aycan, Mustafa N. İlhan, A.g.e, s.463

⁴⁰Hasan Hüseyin Yıldırım, (2013), *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*, Sağlık-Sen Yayınları, s. 3

etmek, verimlilik ve kaliteyi arttırmak için kamu hastane birlikleri kurulması hedeflenmiştir.⁴¹Kamu hastane birliklerinin kurulmasıyla yeni kamu yönetim uygulamaları devreye girmiştir.

2.2.1.1. Kamu Hastane Kurumu

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2011 yılında, 663 sayılı kanuna dayalı kararname ile kurulmuş ve kamu hastanelerini tek merkezde toplayarak koordinasyonun sağlanması hedeflenmiştir. Bu kurum, kamuya bağlı tüm sağlık birimlerindeki sağlık harcamalarının denetimini de üstlenmektedir. Kurumun bir diğer önemli görevi de, ülkeye alınacak ilaç ve tıbbi ihtiyaçların neler olduğunu belirleyerek gerekli pazarlık, ihale ve ödemeleri gerçekleştirerek, halk sağlığı için önemli olan malzemeleri temin etmektir.⁴²

Tek merkezden yürütülecek olan sağlık harcamaları sayesinde ülke genelindeki gelir-gider kontrolünün daha sağlıklı biçimde yapılması hedeflenmektedir. Bu sayede sağlık sektörü ile yakından ilişkili diğer kurumların da gelir-gider dengelerini koruyabileceği öngörülmüştür.

Kamu Hastaneleri Kurumu'nun değiştirme, düzenleme ve uygulama yetkisinin bulunduğu hususlar şu şekilde özetlenebilir:

- I. İlaç sektörünün baş aktörü olması,
- II. Kamu hastanelerinin tedariklerinden sorumlu olması,
- III. Başhekim ve rektörlerin yetkilerini kısıtlaması,
- IV. Kamu sağlık ihalelerinin kurumdan sorulması şeklindedir.⁴³

⁴¹Hasan Hüseyin Yıldırım, A.g.e, s.3

⁴² İlgili paragrafta yer alan bilgiler, Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması; 6/4/2011 tarihli ve 6223 sayılı Kanunun verdiği yetkiye dayanılarak, Bakanlar Kurulu'nca 11/10/2011 tarihinde kararlaştırılmış olan SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME'YE göre özetlenmiştir. İlgili Kararname, 2.11.11 Tarih ve 28103 Sayılı Resmi Gazete'de Yayımlanmıştır. Kararnameye ulaşmak için bkz. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> Erişim Tarihi: 17.10.2014.

⁴³SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME.

2.2.1.2. Kamu Hastane Birlikleri

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında kurulan Kamu Hastane Birlikleri (KHB), sigortaya dayalı maliyet sistemlerinde, verilen hizmetin etkin biçimde devam etmesi, çalışan personel ve ekipmandan en fazla verim elde edilmesi, adil biçimde yönetilmesi, giderler için doğru kaynakların bulunması ve kaynaklarda verimlilik sağlanması, kurumların özerk ve bağımsız olabilmesi amaçlarını korur.⁴⁴

Sağlıkta dönüşüm programının getirdiği pek çok yenilik ile halkın daha kolay hizmete kavuşması planlanmış olmasına rağmen halen sistem tam olarak oturmamıştır. Bütçelerin yeniden düzenlenmesinin ardından, sigortanın kapsadığı pek çok faaliyet bu kapsamdan çıkarılmıştır. Bu durum halkın sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmaktadır.

Program çerçevesinde kurulan kuruluşların personeli seçme, denetleme ve yönlendirme gibi pek çok yetkisi mevcutken, diğer yandan ana amaç bölgesel farklılıkları azaltmak olmuşsa da, henüz tam anlamıyla bir koordinasyon sağlandığından söz etmek pek de doğru değildir.

2.2.2. Özel Hastaneler

Günümüzde dal hastaneleri ile genel hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadırlar. Bu kurumların ayırımında barındırdıkları yatak sayısının, personelinin branşlarının, kullandıkları tıbbi teknolojinin biçiminin önemi bulunmaktadır.

2.2.2.1. Genel Hastaneler

Genel hastanelerin en az 50 yataklı hasta kapasitesi bulundurması gerekmektedir. Burada acil servis ünitesi ve poliklinik hizmetlerinin uzman doktorlar tarafından verildiği birimler mevcuttur. Bu hastanelerde özellikle acil durumlarda yaş, cinsiyet ya da sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın hizmet verilmektedir.

⁴⁴Kayhan Pala, (2012), *Kamu Hastane Birliği, Kamu Özel Ortaklığı Nedir?*, www.saglikcalisanisagligi.org/.../kamuozelortakligi-kayihanpala.pdf Erişim Tarihi: 17.10.2014.

Polikliniklerde tanı konulması ve gerektiğinde hastaya yatak verilerek gözlem altında tutulması hizmetleri sağlanırken, acil vakalara ilk müdahale gerçekleştirilir. Hastanın rahatlaması sağlandıktan sonra uzman hekimler tarafından acil hastaların da kontrolleri gerçekleştirilir.

Genel hastanelerde ayakta tedavi hizmetleri de sunulmaktadır. Genel hastanelerin bulundurması gereken minimum şartlar aşağıda maddelendirilmiştir:

- I. “En az üç cerrahi uzmanlık dalı olmak üzere altı klinik uzmanlık dalında kadrolu uzman tabip çalıştırmak,
- II. Yoğun bakım ve gözlem yatakları hariç en az yirmi beş hasta yatağı bulundurmak,
- III. Hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler, yoğun bakım üniteleri ile radyoloji, biyokimya veya mikrobiyoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulundurmak,
- IV. Acil ünitesi bulundurmak”⁴⁵

2.2.2.2. Dal Hastaneleri

Dal hastaneleri sınıfına giren sağlık kuruluşları, “belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.”⁴⁶Bu birimlerde de diğer hastanelerde olduğu gibi hastalıkları teşhis edecek tıbbi eğitim sahibi personelin ve gerekli teçhizat ile yatağın bulunması gerekmektedir. Diğer yandan, mevzuata göre taşımaları gereken özellikler şu biçimdedir;

- I. “Hastanenin ana faaliyeti ile ilgili uzmanlık dalında kadrolu en az dört uzman tabip çalıştırmak,

⁴⁵ İlgili Maddeler, http://www.tkhk.gov.tr/828_yonetmelikler adresindeki, Sağlık Mevzuatı Yönetmelikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Disiplin Yönetmeliği ve Hasta Hakları Yönetmeliği’nden derlenmiştir. Erişim Tarihi: 17.10.2014.

⁴⁶ 10/09/1982 tarih ve 8/5319 no.ile alınan Bakanlar Kurulu Kararı Kapsamındaki, YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ, 13/01/1983 Tarih ve 17927 Sayılı Resmî Gazete.

- II. Hastanenin ana faaliyeti ile ilgili varsa diğerk uzmanlık dallarında kadrolu en az bir uzman tabip çalıştırmak,
- III. Yoğun bakım var ise bunlar ve gözlem yatakları haricinde, en az yirmi beş hasta yatağı olmak,
- IV. Hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiğı klinikleri, üniteleri ve laboratuvarı bünyesinde bulundurmak,
- V. Acil ünitesi bulundurmak⁴⁷

⁴⁷ İlgili Maddeler, bir önceki dipnotta belirtilen YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ ve 21/10/2006 Tarih ve 26326 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ÖZEL HASTANELER YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK’ TEN derlenmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE VE ÇEŞİTLİ ÜLKELERDE SAĞLIK YÖNETİMİ

Temel hakların en önemlisi olan sağlıklı olma halini korumak ve devam ettirmek için sağlık sistemlerinin en iyi şekilde işleminin sağlanması gerekmektedir. Bu sistemler verimli bir yönetim sayesinde düzgün işler hale getirilmektedir.

Devletler, toplumlarının sağlıklı ve verimli olması için sürekli bir çaba halindedirler. Burada özellikle dezavantajlı kesimlere sağlık hizmetlerinin götürülmesi esastır. Halkın her kesiminden bireyler, ihtiyaç duydukları her an sağlık hizmetlerine ulaşabilmelidirler.

Toplumsal ve bireysel sağlığı korumak için görev bakımından özelleşmiş sağlık kurumları kurulmaktadır. Bu amaca uygun olarak hastaneler ve tüm sağlık kuruluşları; koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini yerine getirmek, çalışanları ve hizmet alanları eğitmek, araştırma-geliştirme etkinliklerinde bulunmak, aktif bir yönetim mekanizması ile tüm bu hizmetleri yürütmek gibi işlevleri yerine getirmelidir⁴⁸.

Sağlık hizmetlerinin verimli biçimde halka verilebilmesi ancak bilimsel metotlarla geliştirilmiş sağlık yönetim sistemlerinin var olması ile mümkün olmaktadır. Sağlık kuruluşlarının en önemli organı şüphesiz, eğitim sahibi bireylerden oluşan kaynaklarıdır. Farklı işgücü gerektiren bu grupların her birisinde hastalara gerektiği gibi bakım hizmetlerinin verilmesi hastanelerden beklenen en önemli unsurdur.⁴⁹ Yapılan araştırmalar, hastaların sağlık kurumlarını seçerken, hekim ve sağlık personeline duydukları güven doğrultusunda hareket ettiğini göstermiştir. Bunu özetleyen Şekil 2 aşağıda verilmektedir:

⁴⁸Filiz Aslantekin, Mesude Uluşen, Bayram Gökaş ve Ramazan Erdem, (2007), *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6 (2007), s.57-59.

⁴⁹Filiz Aslantekin, Mesude Uluşen, Bayram Gökaş ve Ramazan Erdem, A.g.e, s.56-57.



Şekil 2. Sağlık hizmetlerinde hasta sadakati bakımından unsurlar arasındaki ilişki

Kaynak: ASLANTEKİN F., ULUŞEN M., GÖKTAŞ B., ve ERDEM R., A.g.e,s.58.

1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İŞLETME YÖNETİMİNİN FONKSİYONLARI

1.1. Sağlık Hizmetlerinde Planlama

Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de planlama büyük önem taşımaktadır. Ancak sağlık sistemlerinde arz ve talep bakımından planlama yapılamamaktadır. Periyodik olarak net planlamaların yapılamaması, sağlık hizmetinin sürekli ve her duruma hazır halde tutulmasına neden olmaktadır.

Her sektörde olduğundan farklı olarak sağlık hizmetlerinin sunumu için yapılan planlamalarda daha fazla gayret gösterilmesi gerekmektedir. Çünkü sağlık sistemlerinde hastalar ile birebir iletişim halinde olan hekim ve diğer personel ile sağlık kurumundaki yöneticilerin de görüşleri devletin yüksek kademeleri tarafından dinlenmeli, buna göre kararlar alınmalıdır. Bu durum daha gerçekçi planlamalar yapmak anlamına gelecektir.⁵⁰

⁵⁰Filiz Aslantekin, Mesude Uluşen, Bayram Göktaş ve Ramazan Erdem, A.g.e,s.58

Sağlık sistemlerinde planlama yalnızca kurum içinde gerçekleşmez. Mevzuata uygun biçimde gerçekleştirilmesi gereken planlamada hükümetin sağlık politikaları da yer almaktadır. Bu sebeple olası her koşul planlamaya dahil edilmelidir. Sağlık hizmetlerinde ülke içindeki bölgesel farklılıkların giderilmesi açısından öncelikle genel bir planlama yapılmalıdır. Sonrasında, hizmet veren kurumlar arasında ortak kalite yakalanabilmesi ve hizmetlerin sürekli iyileştirilebilmesi açısından kurumsal düzeyde planlama yapılmalıdır. Son olarak, sağlık hizmeti bireysel olduğundan, hastanın eğitim düzeyine, hastalık yapısına ve kişinin taşıdığı diğer etmenlere göre bireysel planlama yapılmalıdır. Kısacası sağlık hizmetleri planlaması aşamalı biçimdedir ve temelde 3 ana düzeye ayrılmaktadır.

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme

Sağlık kurumlarında ilgili personelin işe alımı mevzuata uygun biçimde gerçekleştirilmeli ve hastane içinde takım ruhunun oluşturulması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan hastanelerde yönetim; kurum içindeki tüzük yapısını belirlemekte ve kurum içindeki hizmetin kalitesini belirlemektedir. Ancak burada kurum yöneticilerinin de sorumlu olduğu birim söz konusudur. Hastanelerdeki koordinatörlüklerin kamu hastane birliği yönetimine karşı sorumlulukları mevcuttur. Bu sorumluluğa karşı kurum içindeki yönetmelikler belirlenmeli ve uygulamaya koyulmalıdır.

Hastanelerin kendi içlerinde yönetmelik oluştururken bağlı olmaları gereken çeşitli yasal zorunluluklar mevcuttur. Devlete ait genel hizmet veren hastanelerin yönetmelikleri, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye bağlı olarak şekillendirilmektedir.

Üniversite hastanelerinde bağlayıcı olan ana kanun, Yüksek Öğretim Kurumu Kanunudur. Hususi Hastaneler Kanununa bağlı olarak özel hastaneler kurulmaktadır. Bu kuruluşların yönetimlerinin çıkarttığı yönetmelikler de yine bu kanuna dayandırılmalıdır. Yine özel olarak sağlık hizmeti veren kurumlar, şirket yapılarına göre ticari kanunların ortaya çıkarttığı yasal yükümlülüklerini de yerine getirmek durumundadırlar. Sağlık sistemlerinde çalışan personelin verdiği hizmetler bireylere

göre özelleşmektedir. Bu hizmetlerin verilmesi esnasında uygulanan prosedürler, hastane yöneticileri tarafından değil genel mevzuata uygun biçimde yapılmaktadır.

Hastanelerde yönetimden temel olarak sorumlu merci başhekimliktir. Ancak diğer hizmetlerin yürütülmesi için sağlık bakım hizmetleri müdürü, idari ve mali işlerden sorumlu birimlerin de var olması işlerin kolaylaştırılması ve profesyonelleşme açısından önemlidir. Kamu hastanelerinde hastanenin iç organizasyonuna temel oluşturan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğidir. Bu yönetmeliğe bağlı olarak, hastane içindeki etkinlikler farklı şekillerde ve sistematik bir biçimde gruplandırılmıştır.

Hastanelerdeki teçhizatın bakımı onarımı gibi görevleri üstlenen mühendisler mevcuttur mühendislerin istihdam edilmediği hallerde teknikerlerden faydalanılır. Teknik personelin yaptığı faaliyetler, hastane müdürlüğü, sağlık personelinin yaptığı faaliyetler de genellikle başhekimlik tarafından gözlemlenir ve denetlenir.⁵¹

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Eleman Alma Ve Çalıştırma

Hastaneler, insan sağlığı ile ilgili kararlar verebilecek vasıfta personel çalıştırmak zorundadır. Bu sebeple eğitilmiş personel çalıştırmaları gerekir. Aynı şekilde, Hasta bakım hizmeti sunmaya yönelik olarak kurulan hastanelerin, personel, alet ve ekipman gibi, kaynaklarının tamamını en verimli biçimde kullanmaları gerekmektedir.

Hastanelerde insan kaynakları iyi yönetilmediği takdirde, sağlık ortamının oluşması da mümkün değildir. İnsan kaynakları yönetimi ise, kendi bünyesinde, personel seçme ve çalıştırma fonksiyonu, işlerin yapılabilmesi için uygun nitelikli personelin seçilmesi, personelin görev ve yetkilerinin belirlenerek bireylerin iş ortamına uyum sağlaması için yardımcı olma gelişimlerinin sağlanması, performans değerlendirmesinin yapılması ve bu ölçümler neticesinde yaptırımların ve ödüllerin uygulanması gibi pek çok faaliyeti barındırmaktadır.

İnsan kaynakları yalnızca hastanelerde olan bir kavram değildir. Her sektörde insan kaynakları departmanı bulunan işletmeler mevcuttur. Bu işletmelerin ortak

⁵¹Filiz Aslantekin, Mesude Uluşen, Bayram Gökteş ve Ramazan Erdem, A.g.e,s.60-61

özelliği, insan kaynaklarını doğru yönetme sayesinde kurumsallık kazanmaya çalışmaktır. Bu birim sayesinde kurum içinde gerekli yerlere personellerin alımı ve atanması sağlanmaktadır. Yine personelin kuruma alıştırılması ve gerekli durumlarda hizmet eğitimlerinin alınmasının sağlanması da yine insan kaynaklarının sorumluluğundadır.

İnsan kaynaklarından sorumlu birim, yalnızca personel seçmekle kalmaz. Hangi birimlere ne niteliğe sahip olması gereken çalışanların alınacağına da bu birim karar verir ve personelin motivasyonunu da sağlar. Kimi insan kaynakları birimleri, gerekli gördüğu takdirde personeli için eğitimler düzenleyen diğer kurumlar ile iş ortaklıkları yapar.

Hastanelerde çalışan bireyler yalnızca hekim ve hemşirelerden oluşmaz. Hastanenin kapasite ve uzmanlığına göre, “laborant, röntgen teknisyeni, diyetisyen ve diğer personelin niteliği ve sayısı planlanmış olmalıdır. Geçici eleman kullanılması; eğer sağlık örgütü içerisindeki işlerin çeşitliliği çok fazla, ancak bazı alanlarda iş yoğunluğu az ise sürekli eleman istihdamı yerine geçici eleman ya da kadrolu olmak yerine sözleşmeli, yevmiyeli eleman çalıştırma yoluna gidilebilir.”⁵²

1.4. Sağlık Hizmetlerinde Yönlendirme

Yalnızca hastaneler ve sağlık kurumları için kullanılan bir kavram olmayan yönlendirme, organizasyon içindeki eylemleri başlatan anahtar görevlerin dağılımını sağlamaktadır. Yönlendirme ile organizasyon yapısı içindeki eylemler başlatılır ve yeri geldiğinde sistemler kurulur, değiştirilir ya da kaldırılır.

Yönlendirmeler, sözlü ya da yazılı olarak yapılabileceği gibi personellere kişisel olarak ya da topluca da yapılabilmektedir. Yönlendirmedeki amaç, en iyi performans için uygun bireyler ve uygun sistemleri bir araya getirerek verimliliği arttırmaktır. Yönlendirme yalnızca emir ve direktifler ile sağlanmaz. Yönlendirme yapacak birimlerin personelin niteliklerini iyi tanması ve gerektiği yerde personelin motivasyonunu güçlendirmesi de gerekmektedir.

⁵² Medikal Akademi, (2014), *Hastanelerde İnsan Kaynakları Yönetimi*, <http://www.medikalakademi.com.tr/hastanelerde-insan-kaynaklari-yonetimi/#!> Erişim Tarihi: 22.10.2014

Yöneticinin başarı şansı ve motivasyon bilgisi arasındaki ilişkiyi reddetmek mümkün değildir. Burada yöneticinin liderlik vasıfları da devreye girmektedir. “Personelin hangi koşullarda, nasıl bir ortamda, ne zaman, ne ölçüde ve hangi teşvik araçlarıyla motive edilebileceği konusunda yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olan yöneticilerin örgütsel entegrasyonu ve çalışma verimini artırma şansları çok yüksektir”⁵³ insanların en fazla verim için çalışma ortamını sevmeleri gerekmektedir. Bu ortamda huzur içinde çalışma sağlanmalı, personelin hakları yönetim tarafından korunmalıdır.⁵⁴

1.5. Sağlık Hizmetlerinde Denetleme Ve Kontrol

Her organizasyonda planlanan faaliyetlerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini ve bu faaliyetlerin neticesinde varılan noktanın planlara uygun olup olmadığını kontrol etmek gerekmektedir. Bu kontrol sağlanmadığı takdirde, kaynakların ne kadar verimli kullanıldığını anlamak mümkün değildir.

Denetleme ve kontrol yalnızca faaliyetlerin doğru biçimde yürütülüp yürütülmediğini anlamak için yapılmamalıdır. Aynı şekilde personeller arasındaki iletişimi anlamak, gerekli yerlerde hizmet içi eğitimleri gerçekleştirmek için de denetleme mekanizmasının oluşturulması gerekmektedir. Sağlık işletmelerinde bu komitelerin tarafsız olması ve bu birimler tarafından yapılan faaliyetlerin denetlenmesi sağlanmalıdır. Komiteler ile sağlık kurumlarında denetleme ve kontrollerin yapılması uzun yıllardır gelişmiş ülkelerde uygulanan bir sistemdir. Başta Amerika olmak üzere, diğer Avrupa ülkelerinde de denetleyici sistem içerisinden birbiri ile etkileşim halinde olan farklı uzmanlıklara sahip komiteler mevcuttur. Benzer uygulamalar Türkiye’de henüz yenidir.

Özellikle gelişmiş ülkelerde yaygınlaşmış olan hastane içi komiteler kurma, ülkemizde de çeşitli hastanelerde, özellikle eğitim amaçlı kurulmuş olan hastanelerde de bulunmaktadır.⁵⁵ Daha etkili sağlık sistemlerinin kurulması için komitelerin

⁵³Medikal Akademi, (2014), Hastanelerde İnsan Kaynakları Yönetimi, <http://www.medikalakademi.com.tr/hastanelerde-insan-kaynaklari-yonetimi/#> Erişim Tarihi: 22.10.2014.

⁵⁴Yasemin Yıldız, (2008), *Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetimsel Sorunların İncelenmesi, Edirne İlinde örnek bir Uygulama*, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, s.103.

⁵⁵Yasemin Yıldız, A.g.e, s.107-108.

yaygınlaştırılması gerekmektedir. Hastanede denetleme yapacak birimler, hastanenin büyüklüğü ile doğru orantılı olarak genişletilmelidir. Bu birimlerin ana hedefi hastane içinde çalışan personelin en verimli biçimde çalışmasını sağlamak ve geliştirilen sistemler sayesinde verilen hizmetin kalitesini arttırmak olmalıdır. Denetleme ve kontrol mekanizmaları, çeşitli işletme içi kuralları geliştirerek, etik dışı ya da işletmeye zarar verecek her durum için yaptırımlar da uygulayabilmelidir.

1.6. Sağlık Hizmetlerinde Karar Verme

Karar verme ile eylemler başlamakta ve sonlandırılmaktadır. “Karar verme süreci, çeşitli hedefler, bunlara varılacak yollar, araçlar ve olanaklar arasından seçim ve tercih yapmakla ilgili zihinsel, bedensel ve duygusal süreçlerin toplamı” olarak nitelendirilebilir.⁵⁶

Organizasyonlarda nelere karar verilmesi gerektiğini anlama süreci izleme sonucunda gerçekleşmelidir. Yöneticilerin yetkileri dahilinde olan karar verme süreci, bir karar verilmesi gerekip gerekmediğinin ayırt edilmesi ile başlamaktadır.⁵⁷

Karar vermek gerektiğinde, organizasyonun çıkarları ve etik değerler düşünülmeli, buna göre hareket edilmelidir. Verilecek kararın organizasyonun kuruluş amacına hizmet etmesi esastır. Karar verme aşamasında pek çok alternatif yol düşünülmeli, buna uygun araştırmalar yapılmalı ve organizasyon için en iyisi belirlenmeye çalışılmalıdır. Karar, sorunların ve engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik olmalıdır.

Hastanelerde de karar verme yetkilileri, insan sağlığının önemini ilk sıraya yerleştirmelidirler. Verilen kararların, hizmet vermeyi engellememesi, verimliliği düşürmemesi ve personeli huzursuz etmemesi gerekmektedir.

⁵⁶T.C Milli Eğitim Bakanlığı, (2011), Aile ve Tüketici Hizmetleri, Ailede Karar Verme, Çerçeve Öğretim Programları, Ankara, s.3.

⁵⁷T.C Milli Eğitim Bakanlığı, A.g.e, s.5.

2. GELİŞMİŞ VE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Günümüzde dünyanın yaşadığı en büyük sorunlardan biri, sağlıksızlık durumunun hızlı biçimde yayılması ve bölgesel farklılıklar sebebi ile sağlık hizmetinin eşit şatlarda verilememesidir.

Tıp alanında, her gün yeni buluş ve tedavi yöntemlerine imza atılırken diğer yandan da bölgeler arasındaki farklar gittikçe belirginleşmektedir. Tedavi ünitelerinin verimli çalışmaması, teknolojik yeniliklerin dünyanın her yerinde uygulanamaması, çevre sağlığını etkilemektedir. Küreselleşmenin sebebi ile bu etkiler hızla yayılırlar.

Hızlı nüfus artışı daha fazla sağlık biriminin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Hastanelerin sayısı arttıkça ve kullanımı yaygınlaştıkça işletimsel ve fonksiyonel verimliliğin artırılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Hasta bakım ve tedavi üniteleri bir hastanenin kapasitesini belirleyen bölümler olmaktadır. Bu bölümlerde hastalar belli bir süre kalarak muayene ve tedavilerini yaptırmaktadırlar.

Sağlık kurumlarında işletme fonksiyonlarına önem verilmesinin temel sebebi şu sebeplere bağlıdır⁵⁸:

- I. “Sağlık harcamalarının artması,
- II. Sağlık kurumlarının büyümesi ve karmaşık hale gelmesi,
- III. Sağlık sigortasının yaygınlaşması ve finansman mekanizmalarının gelişmesi
- IV. Sağlık sektöründe rekabetin artması,
- V. Verimlilik ve kalite yükseltilmesi yönünde devletin ve sigorta kurumlarının baskılarının yoğunlaşması,
- VI. Sağlık hizmetlerinin ekonomik içeriği olan bir hizmet olarak görülmeye başlanması,
- VII. Sağlık kurumları işletmeciliği ile ilgili birikimin artması.”⁵⁹

⁵⁸Ali Can ve Hasan İbicioğlu, (2008), Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C.13, Sayı: 3, s.259.

⁵⁹Ali Can ve Hasan İbicioğlu., (2008), A.g.e. s.254.

Sağlık sistemlerinin entegre olmamış olması ve iyi yönetilememesi ülke içinde iş gücünün ve dolayısıyla verimliliğin düşerek ekonomik bakımdan iyileşmesini engellemektedir. “Sağlık sisteminin en büyük alt sistemini oluşturan ve böylece hizmet üretiminin büyük bir bölümünü üstlenen hastaneler, birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli rol oynayan hizmet kuruluşları olmaktadır”⁶⁰.

2.1. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi

Sağlık sistemlerini yönetmek oldukça zordur. Çünkü bir organizasyonun ayakta kalmasını sağlayan en önemli tahminleri sağlık sektöründe yapmak mümkün değildir. Sağlık birimi, her an her koşula hazır olmalıdır. Benzer biçimde, personel azaltması yapmak da sağlık hizmetlerinde mümkün değildir.

Bütün bu sebeplerden dolayı, sağlık sistemleri, yönetilmesi en karmaşık ve zor olan sistemler olarak kabul edilir. Ülkenin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak önemli miktarlarda ve giderek artış gösteren oranlarda kaynak tüketimi yapan bu karmaşık örgütlerin yönetiminde farklı düzeylerde rol alan yöneticilerin bilgi, beceri ve yetenek alanları hızlı bir şekilde değişmektedir. Günümüzde sağlık hizmetleri yönetimi konusu gerek ülkemizde, gerekse uluslararası çevrelerde son derece önemli bir çalışma alanı durumuna gelmiştir.⁶¹

“Bir ülkenin sağlık sistemi, onu oluşturan çok sayıdaki parçayı çeşitli özelliklerine göre şekillendirmektedir.”⁶² Birçok ülke sağlık sistemini, sistemin yapısını belirleyen etiğin dağıtımını içeren bir dizi sosyal amaçları gerçekleştirmek üzere yapılandırmaktadır. Örneğin, birçok Avrupa ülkesinde ve Kanada’da sağlık tümüyle sosyal bir mal olarak görülerek, oldukça adil bir sistem geliştirmiştir. ABD ise, sağlığın özel bir mal olarak görüldüğü çok katmanlı bir sistem uygulamaktadır. Sağlık sistemleri ülkelerin kültürü, tarihi ve mevcut gelir dağılımına dayalı olarak

⁶⁰ Ali Can ve Hasan İbicioğlu., (2008), A.g.e, s.260.

⁶¹ Mustafa Kılıç ve Hatice Öztürk, A.g.e, s.59-60.

⁶² Mualla Kök ve Ferhat Sayım, *Sağlık Hizmetlerinde Yerel Yönetim Yatırımları*, https://www.academia.edu/7111387/SA%C4%9ELIK_H%C4%B0ZMETLER%C4%B0NDE_YERE_L_Y%C3%96NET%C4%B0M_YATIRIMLARI Erişim Tarihi: 22.10.2014.

farklılıklar göstermektedir. Birçok gelişmiş ülke, sağlık sisteminin finansman yönünü sıkı düzenlemelerden geçirerek kendi sağlık sistemini oluşturmuştur.⁶³

Hastanelerde toplumun sağlıklı olma halinin sürekli olması sağlandığından insanlar için önemi oldukça büyüktür. Bunun yanı sıra hastalık durumundaki tedavi giderleri önleyici sistemlerden daha maliyetli olduğundan önleyici hizmetlerin ekonomik olarak önemi de ortaya çıkmaktadır. Hastanelerde çalışan personelin eğitim seviyesi oldukça yüksek olduğundan, iş gücü giderleri de diğer sektörlerle oranla daha fazladır.⁶⁴

Hastanelerde çalışan personelin verimliliği için personelin motivasyonu çok önemlidir. Hastanenin verimli biçimde amaçlarını yerine getirebilmesi etkin bir yönetim sistemi sayesinde mümkün olmaktadır. Bu sebeple, özellikle gelişmiş ülkelerin hastane ve sağlık sektörü için ayırdığı para oldukça yüksektir. Buna örnek olarak şu kıyaslama gösterilebilir:

“Toplam sağlık harcaması Türkiye’de 2000 yılı GSYİH’nin % 6.6’sıdır. 2000 yılı OECD ülkeleri ortalaması % 7.9, en yüksek oran olan ABD’de ise %13.1’dir. 2000 yılı OECD ülkeleri kişi başına toplam sağlık harcamalarının satın alma paritesi OECD ortalaması 1880 SGP ABD Doları, Türkiye’de 443 SGP ABD Doları’dır. Türkiye’de kişi başına yapılan toplam sağlık harcaması olarak 194 ABD Dolarıdır.”

“OECD ülkeleri toplam sağlık harcaması kamu ve özel sektör paylarının GSYİH içindeki oranı 2000 yılı OECD ortalaması kamu % 5.9, özel % 2; ABD’de özel % 7.3, kamu %5.8; Türkiye’de kamu % 4.2, özel %2.4’tür.

OECD ülkeleri toplam sağlık harcamaları fonksiyonel dağılımında Türkiye, yatan hastalara sunulan tedavi hizmetlerinde en düşük oranda (% 19.02) ve ayakta hastalara verilen tıbbi malzemelerde ise en yüksek oranda (%27.80) harcama yapan ülkedir”⁶⁵.

⁶³Mualla Kök ve Ferhat Sayım, A.g.e, s. 278.

⁶⁴ Ali Can ve Hasan İbicioğlu., (2008), A.g.e, s.256.

⁶⁵ Ali Can ve Hasan İbicioğlu., (2008), A.g.e, s.256.

Gelişmiş ülkelerin, sağlık harcamalarına bakıldığında ise bu harcamalar içindeki en yüksek oranın (%49 ile) hastane harcamaları olduğu görülmektedir. Aynı ülkeler, sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %33'ünü ayakta tedavi harcamaları için ayırırlarken geriye kalan miktarı ise ilaç+tıbbi alet+ malzeme harcamaları için kullanmaktadırlar⁶⁶.

2.1.1. Almanya

Almanya, sağlık konusuna en çok önem veren ülkeler arasında yer almaktadır. Bu sebeple, kendi vatandaşları ve ülkenin ziyaretçilerine sağlık sigortası zorunluluğu getirmiştir⁶⁷.

Bismarck modeli olarak da adlandırılan Sağlık Sigortası Sistemi'ni ilk kabul eden ülkeler arasında Almanya bulunmaktadır. Diğer ülkeler ise, Fransa, Hollanda, Lüksemburg ve İsviçre'dir. Bu önderlik nedeni ile ve daha sonra sistemlerin geliştirilmesinden ötürü Almanya sağlık sistemi dünyanın en iyi sağlık sistemleri arasında gösterilmektedir. Sistemin temel özelliği, hastalık ya da sağlık sorunu yüzünden kimsenin maddi olarak zorlanmaması gerektiği anlayışına dayanmaktadır⁶⁸. Bu nedenle devlet başta önleyici hizmetler olmak üzere, diğer tüm sağlık sistemlerinin ücretsiz olması için güvencedir. Bu sebeple sigorta sistemi getirilmiştir.

Almanya'da sosyal güvenlik ve tüm sosyal haklar sistemi dağıtım esasına dayalı ve tüm çalışanları kapsayan bir yapıya sahiptir. Sistemin merkezini primli sistem sosyal sigortalar oluşturmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, hizmet başı ücret ödenen, özel ofise dayalı genel ve uzman hekimler tarafından sunulmaktadır. Ayrıca birinci basamakta aile hekimleri de hizmet sunmaktadır.

Ülkenin öne çıkan özelliklerinden biri de birinci basamak sağlık hizmetlerine çok büyük bir bütçe ayırması ve büyük önem vermesidir. Nüfusun tamamına yakınının bir aile hekimi mevcuttur ve aile hekimleri kişilerin tıbbi geçmişleri

⁶⁶ Ali Can ve Hasan İbicioğlu., (2008), A.g.e, s.256.

⁶⁷ GEOTHE INSTUT, <http://www.goethe.de/ins/de/ser/gus/ges/trindex.htm> Erişim Tarihi: 23.10.2014

⁶⁸ Kültürler Arası yaşam ve uyum internet sitesi, Almaya'da sağlık, <http://www.integration-in-bonn.de/tr/saglik/alman-saglik-sistemi.html> Erişim Taihi: 18.01.2015.

hakkında bilgi sahibidirler.⁶⁹Bir diğer önemli özellik, ülkeye gelen yabancıların da sağlık sistemlerinden faydalanabilmesi için çeşitli düzenlemelerin yapılmış olmasıdır. Ülke içinde sigorta belgesi olmayan bireyler için çeşitli yardım cemiyetleri kurulmuştur.⁷⁰Bu bireyler cemiyetlere başvurarak sağlık problemlerini çözmekte, genellikle sağlık sistemleri için gereken kaynaklar bu yardım cemiyetleri tarafından karşılanmaktadır⁷¹.

Almanya'da da Türkiye'de olduğu gibi ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri hem devlete ait sağlık birimleri hem de kar amacı taşıyan sağlık merkezleri tarafından karşılanmaktadır. Hastane hizmetleri, yataklı hasta bakım hizmetlerinde yoğunlaşmışlardır. Yalnızca üniversite hastaneleri ayaktan hasta tedavisi yapmaktadır. Sağlık hizmeti almak isteyen birey konu ile ilgili olarak aile hekimleri ile görüşmekte, bu hekimler tarafından hasta konu ile ilgili uzmanlaşmış bölümlere sevk edilmektedir. Hastaların kendi kendilerine hastane seçme hakları bulunurken diğer yandan zaman içinde yığılmaları önlemek için ev doktoru modeli geliştirilmiştir. Bu sistem seyyar bakım hizmeti birimlerini de bünyesinde barındırmaktadır. Seyyar sağlık kuruluşları başta yaşlılar olmak üzere, sağlık birimlerine ulaşmakta zorlanan bireylere ulaşmaktadır⁷². Özellikle acil durumlar için de bireylerin başvuracakları yerler de sınıflandırılmıştır. Kişiler duruma göre isterlerse telefon ile hekimlik hizmeti alabilmekte, diğer yandan gerekli hallerde kurtarma birimlerine başvurabilmektedirler⁷³. Almanya bu özelliği taşıyan nadir ülkeler arasında yer almaktadır.

⁶⁹ Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, *Dünyada Sağlık Sistemleri*, <http://www.google.com.tr/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDQQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.muglahsm.gov.tr%2Fwebsayfalar%2Failehekimligi%2Fupload%2Fdunyasaglikssystem.doc&ei=E1ZKVLOnBqWd7YgWBg&usq=AFQjCNF7d0c67fyMewGKZ2O1EdjCOI18yw&cad=rja> Erişim Tarihi: 23.10.2014.

⁷⁰ Nürnberg Belediyesi Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Alanını Taşıyıcı Direkler, http://www.nuernberg.de/internet/gesundheitsamt_t/deutsches_gesundheitswesen_t.html Erişim Tarihi: 18.01.2015.

⁷¹ Kültürler Arası yaşam ve uyum internet sitesi, Almanya'da sağlık, <http://www.integration-in-bonn.de/tr/saglik/alman-saglik-sistemi.html> Erişim Tarihi: 18.01.2015.

⁷² Nürnberg Belediyesi Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Alanını Taşıyıcı Direkler, http://www.nuernberg.de/internet/gesundheitsamt_t/deutsches_gesundheitswesen_t.html Erişim Tarihi: 18.01.2015.

⁷³ Nürnberg Belediyesi Sağlık Müdürlüğü, Acil Durum, http://www.nuernberg.de/internet/gesundheitsamt_t/notfall_t.html Erişim Tarihi: 19.01.2015.

Ülkedeki sağlık sistemleri yönetimi bakımından en yetkili merci sağlık bakanlığıdır. Bakanlıktan sonra, eyaletlerdeki yetkili kurumlar gelmektedir. Ülke içindeki sağlık sistemleri eğitimleri tek merkez tarafından yürütülmekte ve denetlenmektedir. Buna Devlet Sağlık Eğitim Merkezi adı verilmektedir.⁷⁴ Bu merkezi hizmete bağlı olarak “eyaletlerde Sağlık Eğitim ve Çalışma Merkezleri mevcuttur. Okullarda ise, sağlık eğitimini de Eğitim Bakanlığı ve eyaletlerin Eğitim Senatoları yürütmektedir”⁷⁵.

Almanya’da, ülkedeki sağlık sistemlerinin ve bu sistemleri yöneten mercilerin kontrolünü üstlenen iki ana kurum mevcuttur. Bu kurumlar, “Alman Ulusal Sağlık Derneği ve Alman Halkının Sağlığını Koruma Merkezi”’dir⁷⁶.

“Ülkedeki sağlık sistemleri şu yasalar ile kurulmakta ve yönetilmektedir:

- I. Salgın Hastalıklar Yasası.
- II. Kamu Sağlık Sigortası Yasası.
- III. Hekimler Yasası.
- IV. Diş Hekimleri Yasası.
- V. Hekim, Diş hekimi ve Eczacıların eğitimleri düzenleyen Yasa.
- VI. İlaç ve Bağışıklama Hizmetleri Yasası.
- VII. Hastane Finansmanı Yasası.
- VIII. Tedavi Edici Meslekler ve Odalar Yasası
- IX. Resmi Sağlık Hizmetleri Yasası”⁷⁷

Almanya, bugünkü sistemlerinin temelini 1960’lı yıllarda atmıştır. Buna göre sağlık sistemleri yalnızca sağlık bakanlığının sorumluluğunda değildir. Sağlık bakanlığı, çevre ve halk sağlığını korumak için diğer kurumlar ile ortaklaşa çalışmalar yürütmektedir. Doğa, Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı ve Araştırma ve Teknoloji Bakanlığı buna verilecek en önemli örnektir. Bakanlıkların ortaklaşa olarak kurduğu denetleyici ve düzenleyici kurumlar

⁷⁴Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 7.

⁷⁵Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 7.

⁷⁶Salih Batal, (2010), *Almanya’da Yerel Yönetimler ve Türkiye Yerel Yönetim Yapısı ile Mukayeseli Değerlendirmesi*, Mevzuat Dergisi, Y:13, S.147, <http://www.mevzuatdergisi.com/2010/03a/03.htm>
Erişim Tarihi: 24.10.2014.

⁷⁷Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 7.

mevcuttur. Bu kurumlara ise, Devlet Çevre Koruma Bürosu, Devlet Radyasyondan Korunma Bürosu ve Hava, Su ve Toprak Hijyeni Enstitüsü örnek gösterilebilir⁷⁸.

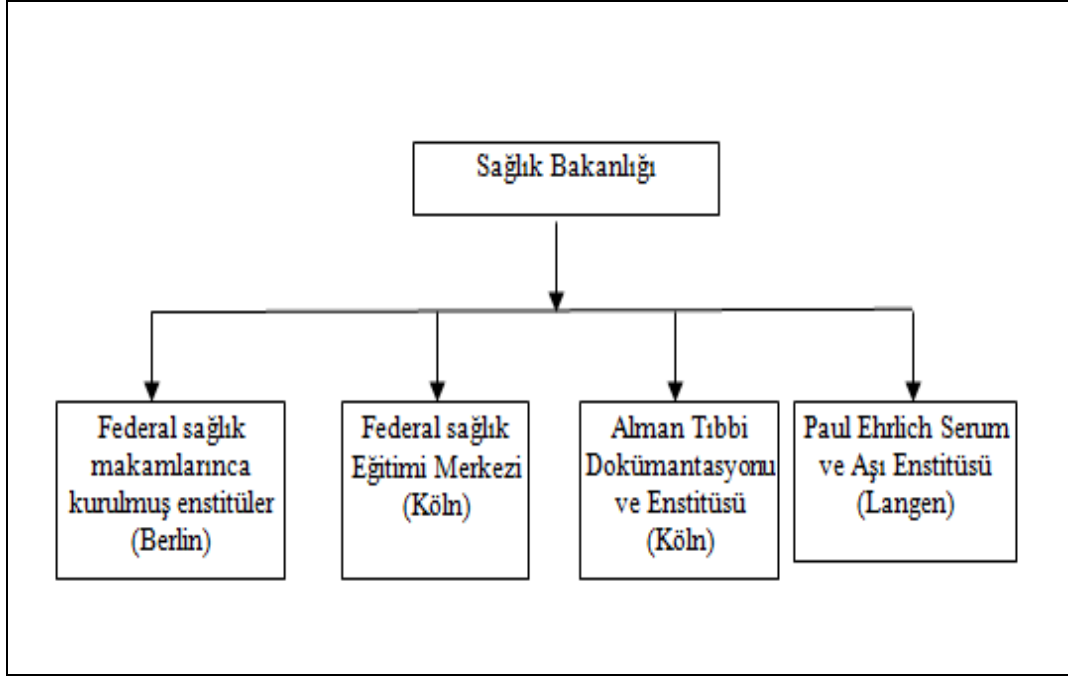
Ülkede, halkın sağlık bakımından eğitilmesine de büyük bütçe ayrılmıştır ve zorunlu programlar düzenlenmiştir. Buna göre,

- I. “Hamilelik ve doğum sırasında kadınları, emzikteki bebeklerin ve küçük çocukların sağlık hizmeti ve okulda sağlık eğitimi,
- II. Kronik hastaların, sakatların ve bunların ailelerinin çaresiz duruma alışmalarına yardımcı olma eğitimleri
- III. Alkol ve nikotin bağımlılığı, ilaç ve uyuşturucu kullanımı, kalp ve kan dolaşımı hastalıklarının baş sebebi olan ve kısmen kanser ve daha başka hastalıklara yol açan tek yanlı ve dengesiz beslenme, hareketsizlik gibi sağlığı tehlikeye sokan davranışların ortadan kaldırılması amacını taşıyan eğitim programları düzenlenmektedir.”⁷⁹

Ülkedeki sağlık sistemlerini denetleyen 4 ana enstitü mevcuttur. Bu enstitüler Şekil 3’te belirtilmektedir:

⁷⁸Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 7.

⁷⁹Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 7.



Şekil 3. Alman Sağlık Sistemi Temel Kurumları

Kaynak:Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 13.

Bu enstitülerin ortak görevleri ise şu şekilde özetlenebilir:

- I. “İlaç güvenliği ve tüketiciyi koruma, çevre ve radyasyon güvenliği, tıp ve veteriner hekimlikte araştırmalar yapmak.
- II. İlaç ve bağışıklama, bağımlılık, yeşili koruma, kimyasal maddeler ve gen tekniği yasalarının uygulanması.
- III. Federal Hükümete, diğer ulusal karar organlarına, Avrupa Birliği ve diğer uluslararası organlara bilimsel danışmanlık hizmetleri vermek⁸⁰

2.1.2. İngiltere

Ülkeyi yalnızca İngiltere olarak değil, Büyük Britanya şeklinde ele almak gerekmektedir. Çünkü İngiltere, Galler ve İskoçya’dan oluşan bu bölge Birleşik Krallık olarak adlandırılmaktadır ve yasaları da birbirine kısmen bağlı biçimdedir. Aynı şekilde sağlık sistemi de bu üç ülkede senkronize biçimde

⁸⁰Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 13.

çalışmaktadır.⁸¹ Ancak temelde sağlık sistemi özellikle Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri'ne oranla daha geridedir. Ülkedeki sağlık personeli sayısının da sınırlı olduğu bilinmektedir. Hastaneler genellikle kamu hastaneleridir. Nüfusu ortalama olarak 60 milyondur ve başta başkent Londra olmak üzere diğer şehirlerde yoğunlaşmıştır. Yapılan araştırmalar toplumun ortalama %70'inin kendini sağlıklı hissettiğini göstermektedir. Geri kalan bireylerin genellikle ülkeye sığınmış insanlar olduğu gözlenmiştir.⁸² Birleşik Krallığın sağlık sistemi özellikle 2.Dünya Savaşı'ndan sonra son şeklini almıştır ve dünyaya örnek olmuştur. Sistemin adı kısaca NHS (National Health Service)'dir.

İngiltere'de pek çok sağlık hizmeti ücretsizdir. Devlet bütçesinden ve gönüllülük esası ile çalışan vakıflardan finanse edilmektedir. NHS'nin odaklandığı üç temel sağlık kurumu yapısı mevcuttur. Bunlar:

- I. “Genel Pratisyenler (General Practitioner - GP)
- II. Uzman hekim kadroları ile birlikte kamu hastaneleri
- III. Tıp okullarına bağlı hastaneler
- IV. Yerel sağlık yönetimleridir.”⁸³

Ülkenin öne çıkan sağlık hizmetlerinden biri de, ilaçların tamamen devlet tarafından ödeniyor olmasıdır. Devlet ödeyeceği ilaçlar için bir liste düzenlemiştir. Bu listede yer almayan ilaçlar hekim tarafından zorunlu biçimde verilmediği sürece, devlet ilaç konusunda halktan ücret talep etmemektedir.

Ülke içinde yaşayan azınlıklar için, hastaneler içinde dil konusunda yardımcı olacak birimler bulunmaktadır. Bu birimler, “aracı görevliler” (link workers) adını taşımaktadırlar. Aracı görevliler, halkın ve azınlıkların eşit hizmete ulaşması amacına hizmet etmektedirler. Azınlıkların yanı sıra, ülke içinde engelli vatandaşlar için de hizmetler mevcuttur. Engelli vatandaşların topluma kazandırılması ve psikolojik sağlıklarını korumaları için (özellikle zihinsel engelli vatandaşlar için) çeşitli projeler yürütülmekte ve planlamalar yapılmaktadır.

⁸¹ Erdal Sargutan, A.g.e, s.516.

⁸² Erdal Sargutan, A.g.e, s.526.

⁸³ Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 7.

Ülkede özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıkların diğer Avrupa ülkelerine oranla daha yoğun olduğu görülmektedir. Bu durum halkın sağlık bakımından bilinçlendirilmesinin az olduğunu göstermektedir. Bu nedenle ülkede sağlık sistemlerinin oluşturulması ve düzenlenerek devam etmesi için çeşitli yeniliklere gidilmiştir.⁸⁴ Sağlık sistemlerinin ilk defa düzenlenmesi, 1948 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde özellikle sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaştırılmaya çalışılmıştır. 1957 yılında yapılan düzenlemeler daha çok savaş sonrasında girilen ekonomik bunalımın etkilerinin azaltılmasına yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. 1967 yılında ülke içindeki sağlık sistemleri daha fazla oturtulmaya başlamış, sağlık bakanlığına bağlı çeşitli alt kuruluşlar oluşturulmuş, düzenleme ve denetlemelerin daha kolay yapılmasına olanak sağlanmıştır. 1987 yılında ülke içindeki sağlık sistemlerinin finansal kaynaklarının düzenlenmesi gerçekleştirilmiştir. Diğer yandan diğer Avrupa ülkeleri ile iletişim arttırılmış, sağlık teknolojilerinin ülke içine getirilmesi için çalışmalar başlatılmıştır.⁸⁵ Günümüzde, ülkedeki sağlık sistemlerindeki aksamaların ve stratejilerin bilgisi hakkında direkt olarak bakanlığa tıbbi uygulama komitesi adı altındaki bir kurul tarafından verilmektedir. Komite, ülke içi sağlık sistemlerinin her yerde ve her kesimden vatandaşa eşit şartlar altında sunulmasını amaçlamaktadır.

Hastaların sistem içerisinde karşılaştıkları herhangi bir sorunu şikayet edebilmeleri için her sağlık kurumunda bir destek birimi mevcuttur. Hastalar, şikâyetlerinden sonra netice alamadıklarında ya da konu ile ilgili yapılanlardan memnun kalmadıklarında üst makamlara başvurabilmektedirler. Hasta değerlendiren Yerel Topluluk Konseyi (Community Health Council), yine daha üst makam istenirse, Health Service Commissioner (The Ombudsman) denilen yetkili merciye başvurulmaktadır.

Birleşik Krallık genelinde, kişi başına sağlık kurumuna yapılan başvuru sayısı tüm Avrupa ülkelerinden daha düşüktür. Ancak, hekim sayısının ülke genelinde az olması geçirilecek operasyonlar bakımından kuyruklar oluşmasına neden

⁸⁴ Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Toplum ve Hekim Dergisi, İngiltere Sağlık Sistemi, 1994, 64(5), s. 98-100 <http://webb.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-ingilteresagliksistemi.pdf> Erişim Tarihi, 19.01.2015.

⁸⁵ Erdal Sargutan, A.g.e, s.528-529.

olmaktadır.⁸⁶Büyük Britanya’da, özel sağlık hizmetleri, genellikle diş doktorları, göz doktorları ve eczaneler tarafından verilen küçük işyerleri ile karşılanmaktadır.⁸⁷Ülkenin sağlık sistemi, Tablo 2’de özetlenmiştir:

Tablo 2. Büyük Britanya Sağlık Sistemi

NÜFUS	GÖREV	FONKSİYONEL SORUMLULUKLAR
Tüm Nüfus	Sağlık Bakanlığı	Parlamento ulusal sağlık politikasını belirler. NHS bütçesi Bölge Sağlık İdaresine dağıtılır.
Ortalama 3,3 Milyon Kişi	Bölge Sağlık İdaresi	Bölgesel Yönetim, stratejik planlama ve kaynak tahsisi
Ortalama 250.000 Kişi	Alan Sağlık Otoriteleri Alt Bölge Sağlık İdaresi	Temel işveren ve yönetsel düzey. Toplum ve 1. Basamak sağlık hizmetleri, yerel planlama, genel hastaneler
Aile Komitesi Pratisyeni	Alt Bölge Yönetim Ekibi	Toplum Sağlık Konseyi
	Alt Bölge Yöneticisi	
Alt Bölge Hastanesi (NHS Trusts)	Yönetim Birimi	Yerleşim Yeri

Kaynak: Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 110.

Tablo 2’den görüldüğü üzere, ülkede genel olarak sağlık sistemlerinin kurulması, yenilenmesi ve sistemin işleyiş olarak devam etmesinden sağlık bakanlığı sorumludur. Bir alt birim olan bölge sağlık idaresinin çalışma prensibi sağlık hizmetlerinin bölgesel olarak eşitleştirilmesine dayanmaktadır. Diğer yandan burada bölgesel olarak ihtiyaçlar belirlenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren

⁸⁶Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 107.

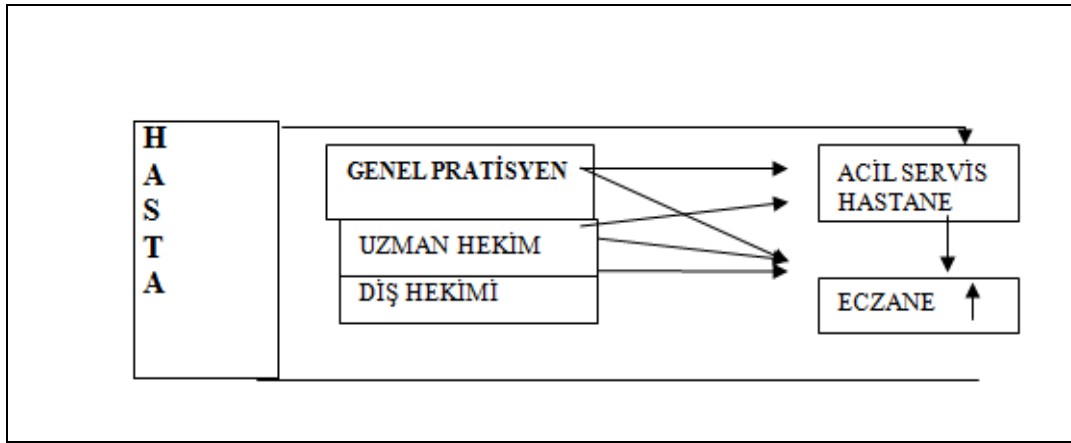
⁸⁷Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 107.

kuruluşların kurulmasından ve önleyici tedavi hizmetlerinin devam etmesinden sorumlu birim ise alt bölge sağlık idaresi tarafından yürütülmektedir. Sağlık sistemlerinin yürütülmesinde organizasyon içindeki yönetim birimleri de sorumlu olup, sağlık hizmeti veren kuruluşların sisteme uygun çalışması sağlanmaktadır.

2.1.3. Danimarka

Danimarka sağlık sistemi diğer ülkelerden farklı olarak iki temelde toplanmıştır. Bunlar birinci basamak sağlık hizmetleri ve hastane hizmetleridir. Bu hizmetler de kendi içlerinde ayrı sınıflandırılmaktadır. Örneğin, birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde genel tedavi hizmetleri ve genel sağlık hizmetleri ile dış sağlığı ile ilgili sağlık hizmetleri verilmektedir. Hastane hizmetleri ise daha çok tıbbi cihaz gerektiren sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerdir⁸⁸.

“Ülkedeki hastaneler, yatakların %32’sine, büyük özel dal hastaneleri %26’sına, yerel hastaneler %26’sına, psikiyatri hizmetlerini sunan özel hastaneler %14’üne, özel sektöre ait hastaneler yatakların %2’sine sahiptirler. Ülkedeki sağlık sistemi şu şekilde özetlenir.”⁸⁹



Şekil 4. Danimarka Sağlık Sistemleri

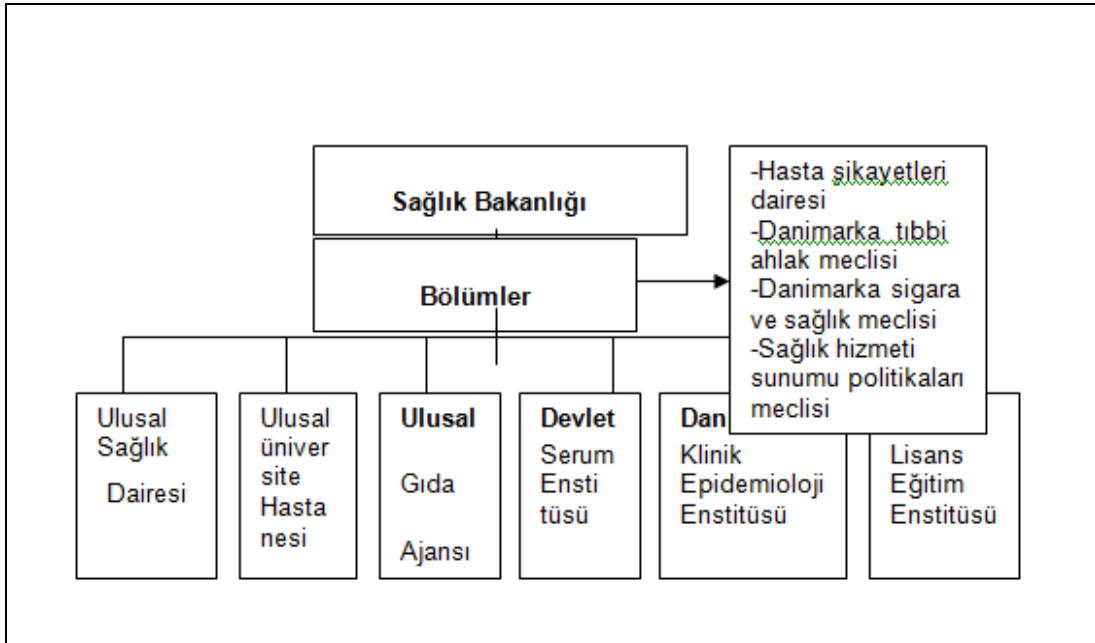
Kaynak: Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 56.

⁸⁸Erdal Sargutan, (2006), “Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri”, Hacettepe Yayınları Ankara, s.763
İlgili çalışma, Şeyma Körmen, Özlem Sağlam, Zeynep Kurt, Zehra Elmas, Ayşe Bal’dan oluşan ekip ile, Erdal Sargutan editörlüğünde hazırlanmıştır. Kitapta 84 ülkenin karşılaştırmalı biçimde sağlık sistemleri ve sistemlerin idaresi işlenmiştir. Kitabın ilgili bölümlerine erişmek için; www.sargutan.com sitesinden erişim yapılabilmektedir. Son Erişim Tarihi: 29.10.2014.

⁸⁹Erdal Sargutan, A.g.e s.780.

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve denetlenmesi hususunda görevli üç çeşit idari yapılanma mevcuttur. Bunlar, Yerel Yönetimler, İl Yönetimleri ve Merkezi Hükümettir. Hastane kurma yetkisi il yönetimine aittir. Ancak diğer kurumlar da sürekli olarak denetleme ve denetleme yapmaktadırlar.⁹⁰ Sağlık Bakanlığı'nın alt kademesini altı temel kurum oluşturmaktadır. Bu kurumlar görevleri bakımından uzmanlaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı şikayet değerlendirme ve hizmetleri değerlendirme ve düzenleme görevini üstlenmektedir.

Bakanlığın ilgili bölümleri Şekil 5'te gösterilmektedir:



Şekil 5. Danimarka Sağlık Bakanlığı Görev ve Birimleri

Kaynak: Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 57.

Ülkedeki sağlık hizmetlerinin ve sağlık personelinin idaresi genel olarak ulusal sağlık dairesinin sorumluluğundadır. Kurum aynı zamanda sağlıkla ilgili danışmanlık görevini de üstlenmektedir. Ulusal üniversite hastaneleri tıbbi

⁹⁰Erdal Sargutan, A.g.e s.789-791.

araştırmalara odaklanmıştır. Özel bakım gerektiren ciddi hastalıklar ile de savaşan bu kurumların ana amacı tıp eğitimidir. Gıda ajansı adından da anlaşılacağı üzere gıda emniyetinden sorumludur. Ülke içindeki gıdaların temel yasalara ve sağlığa uygunluğunu araştırmakta ve denetlemektedir. Bu faaliyetleri sayesinde çevre sağlığının korunmasındaki yeri oldukça önemlidir.

Ülkede tıp alanında söz konusu olan aksamaları ve yetersizlikleri şikayet etmek için ulusal şikayet enstitüsü kurulmuştur. Enstitü, sağlık hizmetleri yönetimi ve tıbbi müdahale eksikliklerini incelemekte ve yaptırımlar uygulamaktadır. Enstitünün yanı sıra olası usulsüzlüklerin önüne geçmek için tıbbi ahlak meclisi de kurulmuştur.⁹¹

Özellikle sanayi bakımından gelişmiş olan ülkede sağlık sigortası oranı da oldukça yüksek ve halkın gelir düzeyi yüksektir.⁹² Danimarka'da Analık, Hastalık Ve Malullük Sigortası şeklinde üç grup sigortanın yanı sıra yaşlılık bakım hizmetleri verilmektedir. Sigorta ve diğer sağlık hizmetlerinin giderlerinin tamamı vergilerden karşılanmakta olup, halktan sigorta prim ödemesi talep edilmemektedir⁹³.

Ülkede en büyük yatırım koruyucu sağlık hizmetlerine ve birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılmaktadır. Ülke içinde rutin sağlık taramaları yapılarak erken tanının önemi vurgulanmaktadır. Bireylerin hastaneye başvurmadan önce acil durumlar dışında birinci basamak sağlık kurumlarına başvurmaları gerekmektedir. Ayakta tedavinin mümkün olmadığı durumlarda tıbbi cihaz ve yatak sayısı bakımından daha zengin olan hastanelere ve üniversitelere sevkler gerçekleştirilmektedir. Ülkede, sağlıkla ilgili olarak temel veriler ise şu biçimdedir:

⁹¹Erdal Sargutan, A.g.e s.775-776.

⁹² Erdal Sargutan, A.g.e s.771.

⁹³Muđla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 61.

Tablo 3. Danimarka Sağlık Göstergeleri

Gösterge	Yıl	Değer
Nüfus	2005	5.415.978
0-14 Yaş arası Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (%)	2011	18.56
65 ve Üzeri Yaş Nüfusun Toplam Nüfusa Oranı (%)	2011	14.82
Her 1000 Kişide ham ölüm oranı	2011	10.76
Doğumda beklenen ortalama yaşam süresi	2011	77.3
Beklenen Ortalama Yaşam Süresi Erkek	2011	75.05
Beklenen Ortalama Yaşam Süresi Kadın	2011	79.46
Tahmini Beklenen Ortalama Yaşam Süresi	2013	77
Her 1000 Doğumda Çocuk Ölüm Miktarı	2010	5
Tüm Yaşlar için her 100.000 Kişide dolaşım sistemi hastalıkları	2011	249.67
Tüm Yaşlar için her 100.0000 kişide kötü huylu kanser	2011	218.69
Tüm Yaşlar için her 100.0000 kişide harici yaralanma ve zehirlenmeler	2011	45.86
Tüm Yaşlar için her 100.0000 kişide Tüberküloz	2014	6.63
Her 100.0000 kişiye düşen hastane yatak sayısı	2014	382.25
Her 100.0000 kişiye düşen doktor sayısı	2014	357.09

Kaynak: WHO (2005) Country Information-Denmark, World Health Organisation Regional for Europa, Geneva s.3.

Tablo 3'te görüldüğü üzere, genellikle ülkedeki genç nüfus oranı oldukça düşüktür. Ülkede doğum oranını arttırmaya yönelik çalışmalar arttırılmış olsa da son 10 yılda bu oran arttırılamamıştır. Diğer yandan kişi başına düşen hekim sayısı ve hastanelerdeki yatak sayısı da oldukça yüksektir. Ülkede kadınların ortalama yaşam süresi erkeklere oranla daha yüksek olmakla birlikte dünya geneline göre ortalama yaşam süresi oldukça uzundur.⁹⁴

2.1.4. Fransa

Ülkede en çok karşılaşılan sağlık sorunlarının temelinde çevresel risklerin oluşturduğu kronikleşmiş problemler mevcuttur. Ülke, hava kirliliği ile sürekli savaş halindedir. Ülkenin sağlık sistemlerindeki en önemli yapısı, topraklarında ikame eden herkese sağlık sigortası uyguluyor olmasıdır. “Fransa, bu yapılanmaya paralel olarak kanunen ülkede tüm sağlık kurum ve kuruluşları için mecburi kılınmış bir sağlıkta akreditasyon programına da sahiptir. Bu çerçevede Fransa’daki tüm sağlık kurum ve kuruluşları 4 yılda bir değerlendirilerek belgelendirilmektedirler. Belgelendirmede “Yüksek Sağlık Kurulu” olarak adlandırılan özerk bir yapıya sahip bir kurum yetkilendirilmiştir. Belgelendirme değerlendirmelerinde bugün 88 kriterden oluşan 3. Versiyon standart paketi kullanılmaya başlanmıştır.”⁹⁵

Ülke genelindeki yaşam kalitesinin yüksek olması ve sağlık sistemlerinde erken teşhis bakımından halkın eğitilmiş olması, Fransa’nın ortalama yaşam süresi bakımından dünyada 3. Sıraya yükselmesini sağlamıştır. Sağlık sistemleri, sağlık bakanlığı tarafından oluşturulan bir yönetim kurulu tarafından geliştirilmekte ve denetlenmektedir. Yönetim kurulu üyeleri; ikisi Cumhurbaşkanı, ikisi Millet Meclisi, ikisi Senato ve ikisi de Ekonomik ve Sosyal Konsey tarafından atanır. 6 Yıllık bir süre için ve en fazla iki defa görevlendirilebilirler. Yönetim kurulunun yarısı her üç yılda bir yenilenir.⁹⁶

⁹⁴ Halil İbrahim Çiftçi, Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemi ve Finansmanı, http://www.tusad.net/tusadd/index.php?option=com_content&view=article&id=38:celuelkelerde-salik-sistemi-ve-finansmani&catid=22:salkta-finansman&Itemid=59 Erişim Tarihi: 19.01.2015.

⁹⁵ İsmail Serdaroğlu ve Uğur Kevenk, Fransız Sağlık Sisteminde Kalite ve Akreditasyon, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciylimlar_2011/upsem/6.pdf Erişim Tarihi: 20.01.2015.

⁹⁶ İsmail Serdaroğlu ve Uğur Kevenk, s.5.

Çalışan ve işsiz kesimin sağlığı, Sosyal İşler ve İstihdam Bakanlığı'nın Sosyal Güvenlik Yönetimi (Genel Müdürlüğü)'ne bağlı Ulusal Sağlık Sigortası Programı ile güvence altına alınmıştır.⁹⁷ Sosyal güvenlik yönetiminin temel organizasyonları ise şu biçimde sıralanabilir:

- I. “Tedavi talepleri finansmanı alt yönetimi, tedavilere giriş alt yönetimi, emeklilik alt yönetimi, iş kazaları alt yönetimi, sosyal güvenlik yönetimi ve finans alt yönetimi,
- II. Finanssal ve ekonomik değerlendirme bölümü, Uluslararası ve Avrupa ile ilişkiler bölümü, Yeni teknolojiler bölümü.”⁹⁸

Sosyal Güvenlik Yönetiminin ülke çapında organizasyonu 3 temel idari ayırım üstüne kurulur.

- I. Ulusal düzeyde: Aktiviteleri kontrol edilir.
- II. Bölgesel düzeyde: İşletmeleri kontrol edilir
- III. İl düzeyinde: Harcamalar kontrol edilir ve ödenir.

Ülke içerisinde, sağlık hizmetlerine sınırsız erişim ve herkese eşit muamele esastır. Bu özellik, Sağlık hizmetleri organizasyonunun ana prensipleri arasında yer almaktadır. Diğer prensipler ise, sağlık finansman kaynaklarının ortak kullanılıyor olmasıdır. Sigortalar devlet tarafından sağlanmaktadır. Hastaların ölmesi ya da sakat kalması durumunda ödenen sigorta tazminatlarının büyük bölümü ise gönüllü çalışan kurumlar tarafından karşılanmaktadır.

⁹⁷Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 61.

⁹⁸Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 77.

2.1.5. Kanada

Dünyanın en büyük ülkelerinden biri olan Kanada'nın yüz ölçümüne göre nüfusu az sayılabilir. Ancak ülkenin buzul kesimi dikkate alındığında, nüfusun büyük bölümünün kentlerde olduğu görülecektir. Bu durum, kalabalık büyük kentler olduğunu ifade eder.⁹⁹

20. yüzyıl öncesinde ülkedeki sağlık sistemi, "serbest Pazar" denilen, her yönden ücretli bir sistemdi. Bu sistemde, hizmet almak isteyen her birey, kendi giderlerini karşılamaktaydı. Ancak II. Dünya Savaşı'ndan sonra, Marsh Raporu ile sistemde değişikliklere gidilerek yeni bir sağlık politikası oluşturulmaya başlandı.

Raporun Federal Devlet tarafından kabul edilmesi ile Kanada'da, Hastane Sigortası Ve Teşhis Hizmetleri Yasası (Hospital Insurance And Diagnoses Services Act) kabul edildi. Buna göre eyaletlerde vatandaşlar için sigorta sistemleri başlatıldı ve sağlığı korumak adına gerekli harcamaların yaklaşık %25'lik bölümü devlet tarafından karşılanır hale geldi.

Ancak bu durum vatandaşın yeterli düzeyde sağlık ihtiyacını karşılayamadığından, Medicare Sistemleri ve ardından, Kurulu Programları Finansman Yasası (Established Programs Financing Act: EPF) kabul edildi. Böylelikle devlet vatandaşlardan aldığı sağlık giderlerinden vazgeçmiş oldu.¹⁰⁰

Günümüzde Kanada vatandaşlarının seçebileceği 3 çeşit sağlık sistemi mevcuttur. Bunlardan ilki devlet güvencesini içine alan NHS sistemidir. Bu sistem diğer ülkelerdeki NHS modeline benzemekte ve insanların genel sağlık ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanmasını içermektedir. İkinci olarak ülke içinde çok sayıda sigorta şirketini ayakta tutan Kamu Sigorta Modeli (Public Insurance Model: PIM) mevcuttur. Vatandaşlar kendi istekleri ile sigortalanarak, olası sağlık sorunlarına karşı hazırlıklı duruma gelmektedirler. Ülkede halen "serbest pazar" uygulamaları da

⁹⁹T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004), Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler, Hazırlayanlar: Sinan Korukluoğlu, Yusuf Üstü, İsmail Kasım, A. Reşat Doğusan, Ali Hacımamağaoğlu, s.7-9.

¹⁰⁰Erdal Sargutan, A.g.e s.1519-1520.

mevcuttur. Vatandaşların kendi giderlerini kendilerinin karşıladığı bu sistem 3.tip sağlık sistemini oluşturmaktadır.¹⁰¹

Ülke bölgelere ayrılmış olmasına rağmen sağlık hizmetleri yönetimi ile ilgili temel yasalar federal devlet tarafından oluşturulmuştur. Hastaların ilk olarak başvurdukları yer aile hekimleri ve pratisyen hekimler olup bu hekimler toplam sağlık personelinin ortalama %70'ini oluşturmaktadır.

“Pratisyenlerin verdikleri hizmet o bölgedeki sağlık sigortası kurumuna bildirilir. Bunun sonucunda ücretleri kendilerine ulaştırılır. Diğer doktorlar farklı ücret alma politikasına göre çalışırlar. Doktorların ve hastanelerin tüm ödemeleri tek kaynaktan, eyalet sağlık bakanlıkları tarafından yapılır.”¹⁰²

Ülkedeki hastanelerin büyük bölümünün özel olmasına rağmen kar amacı gütmemektedirler. Bu yönü ile Kanada Sağlık Sistemi diğer ülkelere oranla oldukça farklıdır. Bu hastanelerin finansmanı sigorta ya da devlet tarafından karşılanır ancak ticari olarak kar ettikleri söylenemez.¹⁰³

Ülkede federal hükümet tarafından kabul edilmiş ve tüm eyaletlerde kabul edilmesi gereken British North America Yasa'sı (BNA) vardır. Bu yasa ile sağlık sistemi İngiliz ve Amerikan sağlık sistemlerine benzetilmiştir. Yine federal devlete bağlı olarak Ulusal Sağlık ve Refah Departmanı (The Department of Health and Welfare: DNHW), Tıbbi Hizmetler Bölümü (Medical Services Branch: MSB), Ulusal Yerli Alkol ve Bağımlılıklar Programı (National Native Alcohol and Addictions Program) ve ulusal Medicare programı mevcuttur. Bu kurumlar genel olarak halk sağlığının, çevre sağlığının korunumu ile sağlık politikalarının düzenlenmesinde görev alırlar. Kurumlar, bölgesel eşitsizlikleri ortadan kaldırmak, hatta mülteci ve azınlık sağlık sorunlarını da vatandaşlar ile eşit mertebeye getirmek

¹⁰¹ Erdal Sargutan, A.g.e s.1626.

¹⁰² Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 156.

¹⁰³ T.C Sağlık Bakanlığı, (2010), Sağlık Hizmetlerinde, Kapasite Planlama: Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 785, s.11.

için uğraş vermekte, buna göre eyalet yasalarının genel sağlık politikasına uygunluğunu kontrol etmektedirler.¹⁰⁴

2.1.6. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Amerika Birleşik Devletleri'nde, tıp konusunda çalışacak personelin istihdam öncesi 4 basamaktan oluşmaktadır. Ülkenin, sağlık konusundaki eğitim sistemi diğer ülkelere oranla bu konuda biraz daha farklıdır. Bunlar, tıp öncesi eğitim, mezuniyet öncesi eğitim, mezuniyet eğitimi ve mezuniyet sonrası (sürekli) eğitim biçiminde sınıflandırılmıştır.¹⁰⁵

Ülkenin sağlık sistemleri ile ilgili oluşturduğu ilk politikalar 1850'li yıllara dayanmaktadır. Ancak günümüzde ülke içindeki tıp kuruluşlarının pek çoğu özeldir ve genellikle kar amacı gütmektedirler. Bu sebeple halkın büyük kısmı, kendilerine en uygun paket programları seçecek biçimde özel sağlık sigortalarına yönelmişlerdir.¹⁰⁶ Bu durum ülkenin en büyük sağlık sorunlarından birisi olarak gösterilebilir. Çünkü özel sağlık sigortası için maddi olanağı olmayan vatandaşlara devlet desteğinin yüksek olduğunu söylemek mümkün değildir.

Ancak, ülkedeki yasalar gereği başta endüstriyel uygulamalar olmak üzere, her sektörde faaliyet gösteren işletmelerin, çevre sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek faaliyetler gerçekleştirmesi denetim altında tutulmaktadır ve aykırı durumlar için büyük çaplı cezalar mevcuttur.

Ülkede üniversiteler dışındaki sağlık kurumlarının özel uzmanlaşma alanları mevcuttur. En önemli hasta hakları hekim ve hastane seçebilme hakkıdır. Buna göre hastalar, hastalıklarına göre konusunda uzmanlaşmış sağlık birimlerine yönlendirilmektedir.

ABD sağlık sistemi, temelde beş kurum tarafından idare edilmektedir. Bu kurumlardan ilki, Health and Human Service ismini taşıyan ve başvuruların giderlerinin tamamının devlet tarafından karşılandığı kurumdur.¹⁰⁷ Medicare ve

¹⁰⁴Erdal Sargutan, A.g.e s.1627.

¹⁰⁵ Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 21.

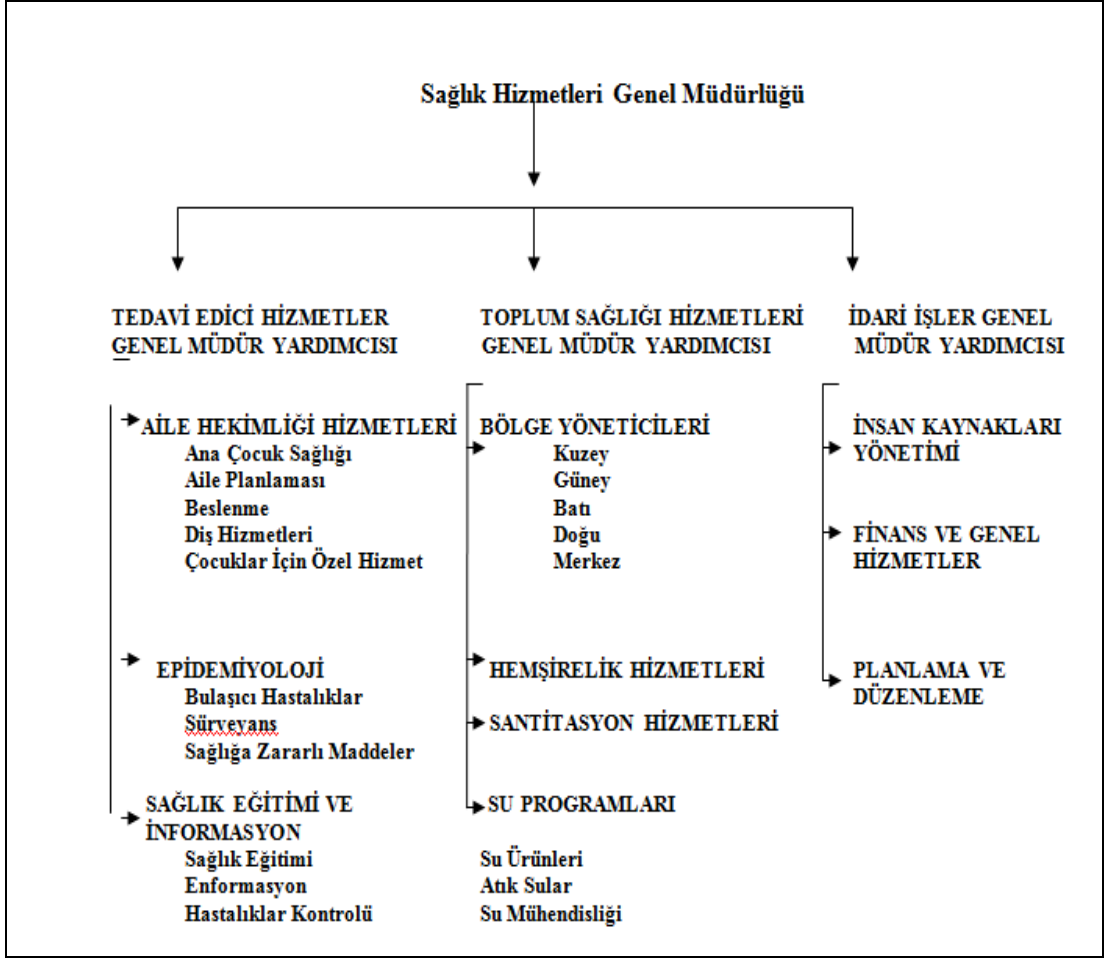
¹⁰⁶ Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 22.

¹⁰⁷T.C Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s. 27.

medicaid adını taşıyan ikinci grup kurum, faaliyet giderlerini devlet ile işbirliği içinde karşılamaktadır ve bir kısım giderler için devlet desteği almaktadır. Üçüncü grup kurumlar ise gönüllülük esasına dayanarak faaliyetlerini devam ettirmektedir. Bu kurumlar ülkemizdeki vakıflar gibi işlemekte, çeşitli faaliyetler ile yardımlar toplamaktadır. Bu yardımların en büyüğü kuşkusuz gönüllü çalışan iş gücüdür. Dördüncü grup kar amacı güden sağlık kuruluşları olup branşa göre özelleşmiş tıp merkezleri ve hastanelerden oluşmaktadır. Ülkede sağlık ile ilgili en çok kullanılan ve halkın yönlendirildiği beşinci grup kurumlar aile hekimliği hizmeti vermektedirler.¹⁰⁸

Ülkede sağlık sistemleri ile ilgili faaliyetlerin tümü üç temel başlık altında toplanmıştır. Sağlıkla ilgili genel uygulamalar eyaletler arasında değişiklik gösterse de bu üç temel sistem değişmemektedir. Sistemlerin ilgili hizmetleri aşağıdaki Şekil 6'da şematize edilmiştir:

¹⁰⁸Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 22.



Şekil 6. ABD Sağlık Sistemi

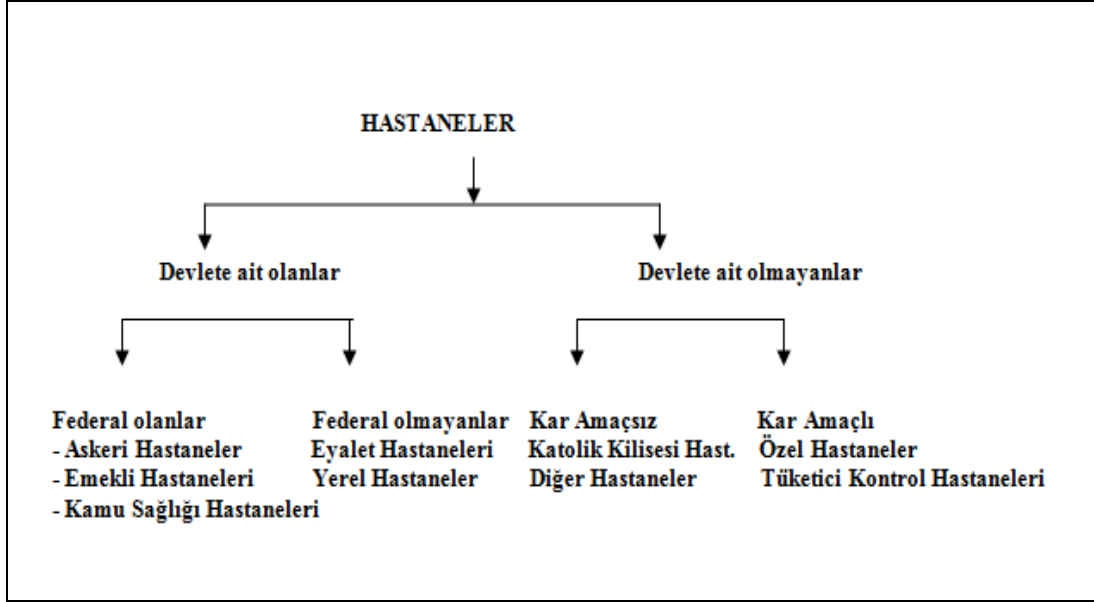
Kaynak: Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 22.

Halkın sağlığına yönelik uygulamaların sıklığı eyaletler arasında değişiklik gösterebilmektedir. Ancak genel uygulamalar da mevcuttur. Bunlar; Federal Devlet tarafından Sağlık Bakanlığı'na yürürlüğe sokulmuş yasaları barındırmaktadır. Bu yasaların en temel özelliği, eyaletler arasındaki bölgesel eşitsizlikleri kaldıracak düzenlemeler yapılmaktadır. Kabineye bağlı sağlık kurumları ise şu biçimde sıralanabilir:

- I. “Sağlık ve İnsan Hizmetleri bölümü
- II. Yoksul, yaşlı ve sakatlar için tedavi edici hizmetleri finanse eden bir finansman yönetimi”¹⁰⁹

¹⁰⁹Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 24.

Toplam 52 eyaleti olan ülkede, eyalet bazında eyalet valilerinin izni ile bütçeleme ve planlamalar yapılmaktadır. Hasta hakları federaldir. Hastaneler Şekil 7'deki biçimde sınıflandırılmaktadır:



Şekil 7. ABD Hastaneleri

Kaynak: Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 24.

Ülkede verilen sağlık hizmetlerinin büyük bölümü hekimler tarafından yürütülmektedir. “Hekimler sağlık kurumlarına gelen hastayı kabul eden, hastalığa ilişkin şikayetleri dinleyen, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini yürüten, kaynak kullanımına karar veren ve kullanan kişiler pozisyonundadır.”¹¹⁰

ABD Sağlık Hizmetlerinin en önemli özelliklerinden biri de, hekimlerin bağımsız çalışmayı tercih ediyor olmasıdır. Hekimler isterlerse kendi aralarında Group Practice adı verilen dal merkezleri kurmaktadır. Bu merkezlerde yatak yoktur ya da oldukça azdır. Kimi özel sağlık kurumları group practice merkezlerini kendi bünyelerinde toparlayarak tam teşekküllü hastaneye dönüşmektedirler. Burada her birimin kendi bütçesi ve kendi kar ortaklığı mevcuttur. Ülkenin sağlık sistemleri için ayırdığı harcama bütçesi 2000 yılında düzenlenmiştir. Bu düzenlemeye göre, GSMH'nin %32'si sağlığa harcanmaktadır.

¹¹⁰Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 25.

2.1.7. Avusturya

Ülkede federal cumhuriyet, bölge yönetimlerine ulusal sağlık politikasını uygulaması yönünde yaptırımlarda bulunmaktadır. Federal cumhuriyetin sağlık alanında uygulamaya koyduğu politikalar üç temel sorun üzerinden oluşmaktadır. Bunlar, sosyal sorunlar, sağlık sorunları ve kurumlardır. Yine federal devlet tarafından temel sigorta kanunları da düzenlenmektedir. Temel sigortalar, sorunlar için sosyal sigorta, hastalık ve kaza sigortası, yaşlıların korunması konuları üzerine geliştirilmektedir.

Ülke içinde Almanya'da olduğu gibi, tüm sosyal güvenlik uygulamaları sigortayı zorunlu hale getirmektedir ve her birey sigortalıdır. Ülkedeki sağlık harcamalarının en büyük bölümü Sosyal Hastalık Fonları tarafından karşılanırken geri kalan miktarlar gönüllülük esasına dayanan kurumlar tarafından finanse edilmektedir. Ülkedeki sağlık harcamaları, GSMH'sında yaklaşık yüzde 10,1'lik kısmını oluşturmaktadır.

Ülkedeki hastaneler ise 6 çeşittir. Bunlar;

- I. Branşlara göre yoğunlaşmış olan dal hastaneleri
- II. Her türlü teşhis ve tedavi için kurulan genel hastaneler,
- III. Nekahet dönemindeki hasta evleri,
- IV. İlerlemiş hastalıkların tedavisi için kullanılan uzun süreli yoğun bakım üniteleri,
- V. Anne bakımevleri ve
- VI. Sanatoryumlardır.

Hastalar birinci basamak sağlık kuruluşlarından sonra gerekli görüldüğü takdirde bu hastanelerde ihtiyacı karşılayacak olana doğru yönlendirilmektedirler. Hastane masrafları için federal devlet katkıda bulunsa da, genel olarak eyalet yönetimleri buraları finanse etmektedir.

2.1.8. Belçika

Ülke, çeşitli nüfus yapısı ve çok çeşitli kültürü ile tanınmaktadır. Ülkede konuşulan resmi üç dilin (Flamanca, Almanca ve Fransızca) yanı sıra etnik grupların kendi aralarında dilleri mevcuttur. Bu durum, sağlık sistemlerinde de her kesime hitap edebilmeyi gerektirmektedir.

Ülkede çeşitli kültürlerin oluşu sağlık alanında belli standartların oluşturulmasını engellemektedir. Çünkü hemen her kültür kendi içinde farklı beslenme tarzına ve yaşam biçimine sahiptir. İstatistik bilgilerini derleyerek ortalama bir politikanın oluşturulması oldukça zaman almıştır. Diğer yandan ülke yasa dışı ilaç bağımlılıkları ile de savaştılmaktadır. Yapılan araştırmalara göre günümüzde ülke içinde ortalama 20.000 kişi keyif verici ilaç kullanmaktadır.

Ülkede en çok önem verilen sistemlerden biri iş güvenliği olduğundan, yaşanan iş kazaları özellikle 1990 sonrasında oldukça azalmıştır. Ülkedeki sağlık sigortasının altyapısını Ulusal Hastalık Ve Sakatlık Sigortası Enstitüsü oluştururken, bu enstitünün oluşturduğu ulusal sağlık sigortası ile hekim ve sağlık personelinin giderleri karşılanır. Sosyal Refah Bakanlığı sigorta giderlerini kontrol ederek ülke içinde toplanan primlerin tek havuza aktarılmasını sağlar ve denetler. Sosyal Refah Bakanlığı'nın tek görevi bu değildir. Bu bakanlık yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinden de sorumludur. Bakanlığa ait kurumlar tarafından muhtaç bireylerin kalabileceği pansiyonlar inşa edilir ve düşük gelirli fertlere maddi yardımlar sağlanır.¹¹¹

Halkın tamamı sigortalıdır. Ülke yasaları buna göre düzenlenmiştir. Sigorta yaptıramayan (işsiz, çocuk ve engelli) vatandaşlar için gönüllü sigortacılık hizmeti yapan kurumlar mevcuttur. Gönüllü sigortalar toplam nüfusun ortalama %10'unu güvence altına almaktadırlar. Ülke doktor sayısı bakımından Avrupa'nın en zengin ülkesidir. Bunun tersi olarak hemşire sayısı oldukça azdır. Ülkede sağlık organizasyonunun işleyişini gösteren Şekil 8 aşağıda verilmiştir:

¹¹¹Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 40.

ULUSAL HÜKÜMET HALK SAĞLIĞI VE AİLE BAKANLIĞI

- KAYNAK YÖNETİMİ
- ARAŞTIRMA
- SAĞLIK EĞİTİMİ
- OKUL ÇOCUKLARININ SAĞLIĞI
- SAĞLIK STANDARTLARINI KOYMAK
- DİĞER KURUMLARCA YÜRÜTÜLEN SAĞLIK HİZMETLERİNİ DENETLEMEK
- SADECE SINIRLI BOYUTLARDAKİ SAĞLIK HİZMETLERİNİ SAĞLAMAK
- HİZMET SUNUCULARININ KONTROLÜ
- ECZANELERİN KONTROLÜ
- ÇEVRE HİJYENİNİ VE STANDARTLARINI SAPTAMAK



BÖLGESEL HÜKÜMET



İL SAĞLIK YÖNETİMİ

- YEREL YÖNETİM
- HALK SAĞLIĞI
 - KAYIT(DEMOGRAFİK SAĞLIK)
 - BULAŞICI HASTALIKLARIN KONTROLÜ
 - ANA ÇOCUK SAĞLIĞI
 - OKUL SAĞLIĞI
 - BAKIM EVLERİ
 - HASTANE YÖNETİMİNE DESTEK

Şekil 8. Belçika Sağlık Organizasyonunun İşleyişi

Kaynak: Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 43.

Ülkede sağlık sistemlerinin kurulması ve yönetilmesi temel olarak ulusal hükümet halk sağlığı ve aile bakanlığının sorumluluğundadır. Bakanlık, ülkedeki sağlık hizmetlerinin verilebilmesi için kaynak yönetimini sağlarken diğer yandan

ülke içindeki sağlık birimlerinde gerekli olan eğitimleri ve halkın bilinçlendirilmesini düzenlemektedir. Bunun yanı sıra, ülkedeki sağlık harcamalarının ve sağlık politikalarının planlanması aşamalarında rol oynayan önemli bakanlıklar mevcuttur. Planlamalar yalnızca sağlık kuruluşları tarafından değil, konu ile ilgisi olabilecek tüm yetkili birimler tarafından ortaklaşa yapılmaktadır. Bu birimlerin başlıcaları ise şu biçimde sıralanabilir:

- I. Halk Sağlığı ve Aile Bakanlığı
- II. İşçi ve İşveren Bakanlığı
- III. Gönüllü Sağlık Organizasyonları
- IV. Özel Sağlık Kuruluşları¹¹²

2.1.9. Hollanda

Son yapılan 1998 yılı nüfus sayımına göre ülkede 15 milyonun üstünde insan yaşamaktadır. Ülkede doğum oranı genel olarak Avrupa ülkelerine göre oldukça düşüktür ancak ülke sürekli göç almaktadır.¹¹³

Ülkede yaşayan bireylerin kendilerini sağlıklı hissetme oranı da oldukça yüksektir. Yapılan anketlere göre nüfusun ortalama 1/5'i sağlıklarının yeterince iyi olmadığını düşündüğünü belirtirken diğerleri oldukça sağlıklı hissettiklerini belirtmektedir.¹¹⁴ Ülkede sağlık hizmetlerinin verilmesinde, Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı sorumludur. Halk, daha teşekkülü bir sağlık birimine gitmeden önce pratisyen hekimden sevk almak zorundadır. Bu durum hastanelerdeki yığılmaların önüne geçmektedir. Bakanlık, sağlık hizmetlerinin planlamasını kendi bünyesinde bulunan şu birimler ile gerçekleştirmektedir:

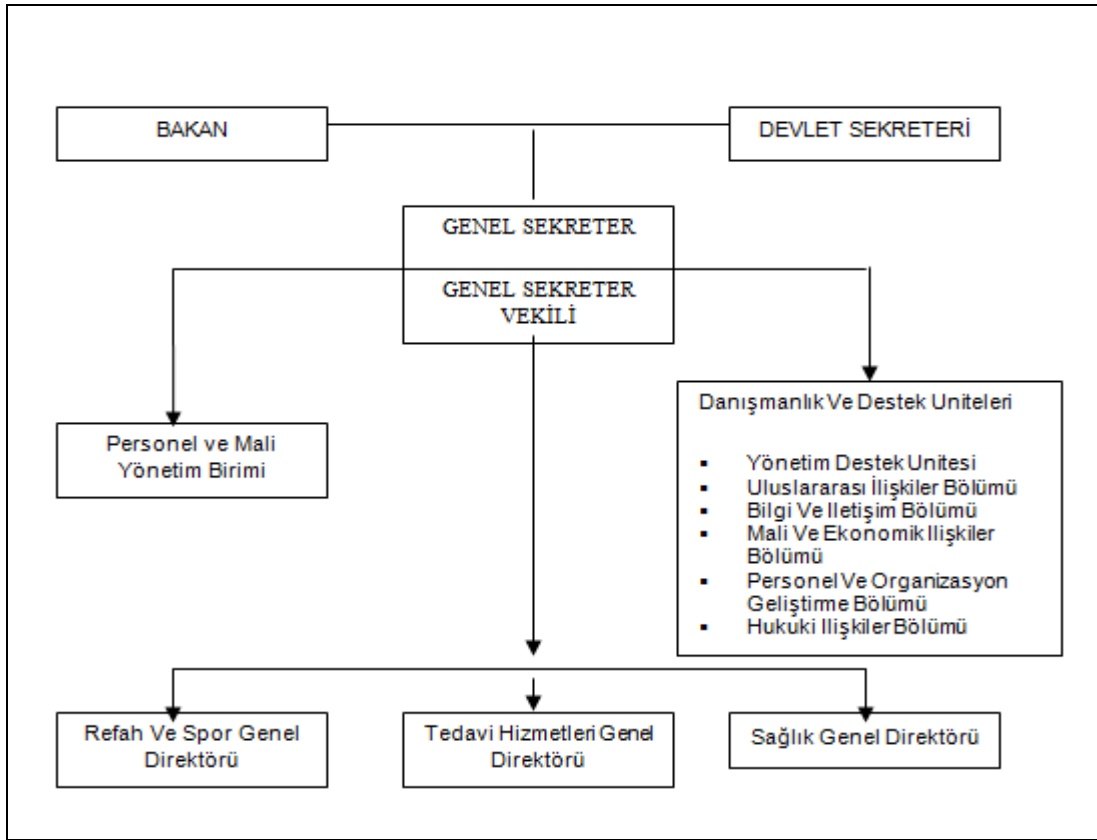
¹¹²T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004), Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler, Hazırlayanlar: Sinan Korukluoğlu, Yusuf Üstü, İsmail Kasım, A. Reşat Doğusan, Ali Hacıımamağaoğlu, s.7.

¹¹³T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004), Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler, Hazırlayanlar: Sinan Korukluoğlu, Yusuf Üstü, İsmail Kasım, A. Reşat Doğusan, Ali Hacıımamağaoğlu, s.7-18.

¹¹⁴Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 87.

- I. “Farmasötik Ürünleri Değerlendirme Konseyi
- II. Hollanda Sağlık Konseyi
- III. Sağlık Araştırmaları Danışma Konseyi
- IV. Hollanda Sosyal Kalkınma Konseyi
- V. Sağlık ve Sosyal Hizmet Konseyi”¹¹⁵

Bakanlığın organizasyon şeması Şekil 9’da verilmiştir:



Şekil 9. Hollanda Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı Organizasyon Şeması

Kaynak: Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 87.

Hollanda’da sağlıktan sorumlu bakanlık, sağlık politikalarını istatistiklere göre düzenlemekte ve bu istatistiklerin yanı sıra bazı kurumların da fikirlerini almaktadır. Bu kurumlar ise şu şekilde sıralanabilir:

¹¹⁵Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, A.g.e, s. 87.

- I. “Sağlık Koruma ve Veteriner Halk Sağlığı Denetim Birimi,
- II. Sağlık Hizmetleri Birimi,
- III. Gençleri Koruma ve Gençliği Denetleme Birimi
- IV. Okul sağlığı hizmetleri
- V. Çevre sağlığı ve çevre kirliliği kontrolü hizmetleri
- VI. Su ve hava kirliliği kontrolü hizmetleri”¹¹⁶

Bu birimlerin yanı sıra hasta şikâyetlerini denetleme birimleri de mevcuttur. Ayrıca, bölgesel sağlık yetkilileri konseyleri bulunmaktadır.

2.1.10. İtalya

İtalya genel olarak Avrupa ülkelerine oranla en kalabalık ülkelerden birisidir. Kalabalık nüfus içerisinde tüm halka eşit hizmeti sağlayabilmek için İngiltere Sağlık Sistemi benimsenmiştir. Ülke genelinde sağlık sistemi Sağlık Bakanlığı kontrolündedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerini yürüten 650 adet merkez mevcuttur. Yürütülen hizmetler, United Sanitaria Lucane kurumuna bağlı olarak yürütülmektedir. Bu kurumda hemen her siyasi partiden bir temsilci bulunmaktadır. Hastane gibi kurumların işletim sistemleri ve sağlık politikalarının düzenlenmesinde görev alan kurum aynı zamanda çevresel sağlık sistemlerini de oluşturmakta, yürütmekte ve denetlemektedir.¹¹⁷

Ülke içinde çalışan kesimin sağlık sigorta sistemi diğer vatandaşlara oranla farklılıklar gösterse de bu farklar oldukça küçüktür. Sağlık giderlerinin tamamı devlet tarafından finanse edilmektedir. Dış tedavileri kişiye özel olup zorunlu ve uzun tedavi gerektiren hallerde yine devlet tarafından finansman sağlanmaktadır. Yine ilaç konusunda da devlet halkı yalnız bırakmamaktadır. Ödenecek ilaçlar listesinde hemen her hastalığın tedavisi için ilaç bulunmaktadır ve ödemesi devlet tarafından yapılmaktadır. Ülke yaşam süresi bakımından dünyanın en üst sıralarında

¹¹⁶T.C. Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s.7-18.

¹¹⁷T.C. Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s.9.

yer almaktadır. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 80 yaş, kadınlarda ise 65 yaşdır. Aynı şekilde ülkede rastlanan kaza oranı da dünyadaki diğer ülkelere oranla oldukça düşüktür.¹¹⁸

2.2. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi

Gelişmekte olan ülkelerin en çok önem verdiği sektör sağlık sektörüdür. Çünkü sağlıklı bir toplumun hedeflere ulaşmak için gerekli çaba göstermesi imkansızdır. Aşağıdaki bölümde, gelişmekte olan bazı ülkelerdeki sağlık uygulamalarına yer verilmektedir.

2.2.1. Küba

Küba’da tüm halk sağlık istisnasız biçimde sigortası kapsamındadır. Ülkenin en önemli özelliklerinden biri, sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olmasıdır. Ücretsiz olmasından dolayı, ilerlemiş hastalıkların mali giderleri devlet için fazla olacağından, koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem verilmektedir. Bu sebeple ülkedeki doktorların ortalama yarısı aile hekimidir.¹¹⁹

Ülkedeki sağlık kuruluşlarının büyük bölümünü mahallelerdeki aile hekimlerinin klinikleri oluşturmaktadır. Her yerleşim biriminde düzenli aile hekimliği hizmeti verilmektedir.

Ülkedeki aile hekimlerinin en önemli görevleri şunlardır:

- I. “Koruyucu sağlık hizmetleri
- II. Aşılama,
- III. Sağlıklı yaşamayı teşvik ve
- IV. İyileştirme”¹²⁰ hizmetleridir.

¹¹⁸Erdal Sargutan, A.g.e s.1425.

¹¹⁹T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004), Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler, Hazırlayanlar: Sinan Korukluoğlu, Yusuf Üstü, İsmail Kasım, A. Reşat Doğusan, Ali Hacımamağaoğlu, s.12.

¹²⁰T.C. Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s. 12.

Ülkede aile hekimlerinin rutin eğitimlere katılma zorunlulukları vardır. Aile hekimleri, diğer hekimler tarafından çeşitli aralıklarla denetlenmektedir. Vatandaşlar ihtiyaç halinde istedikleri kurumlara başvurabilmektedirler. Bunlar muayenehane ya da hastane olabilir. Ancak her yaşam bölgesinin kendine ait sağlık kuruluşu mevcuttur. Aile hekimleri de bu kurumlara bağlıdır. Aile hekimleri, gebe ve yaşlılar için ev ziyaretleri de düzenlemektedirler.

2.2.2. Bulgaristan

Ülkenin Sağlık sistemi yapısı, 1998 yılında Bulgaristan Parlamentosu tarafından değiştirilerek kabul edilen yeni Sağlık Sigortası Kanunu ile değiştirilmiş ve daha çağdaş düzeye getirilmiştir.¹²¹Bu kanununa göre, Bulgaristan'da iki çeşit sağlık sigortası sistemi getirilmiştir. Ulusal Sağlık Sigorta Fonu tarafından uygulamaya alınan Zorunlu sağlık sigortasının amacı, sosyal sağlık koruma sistemini ülkede oturtmak olmuştur. Buna göre, bölgesel sağlık sigortası uygulamaları da Bölgesel Sağlık Sigorta Fonları'nın idaresine geçirilmiştir. Uygulama ile her vatandaşa bir sağlık paketi sunulmuştur. Paket kapsamındaki sağlık hizmetlerinin alımı da garanti altına alınmıştır. Ülkede bulunan diğer sağlık sigortası sistemi de Gönüllü Sağlık Sigortasıdır. Bu sistemi ticari kanunlara göre işletmeler vermektedir.

Kanundaki en önemli maddelerden biri, sağlık hizmetlerini veren kurumlarda sağlık personeli ve hekimler ile hastalar arasındaki ilişki arasına net kurallar konulması olmuştur. Buna göre vatandaşların hizmet alırken ve sağlık personeli hizmet verirken yaşanan aksamaların önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Kuralların başlıca hedefleri şunlardır:

- I. “Her Bulgar'a sağlık sisteminin her seviyesinde ulaşılabilir sağlık hizmetini garanti altına almak
- II. Hastalara yüksek kalitede tıp hizmeti sağlamak
- III. Hasta memnuniyeti için doktorlar ve sağlık kurumları arasında rekabet oluşturmak

¹²¹T.C. Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s.14.

IV. Sağlık sigorta sisteminde çalışanlara yeterli ve memnun edici ücret temin etmek.”¹²²

Ülkede, zorunlu sağlık sigortasının yürütüldüğü NHIF bir halk organizasyonudur ve uygulamalarını Sağlık Sigorta Kanunu'nun 5. Maddesinin yukarıda belirtilen temel prensiplerine göre yürütmektedir. Kuruluşun halk organizasyonu olmasının temelinde, “Fonlar onları sağlayanlar tarafından yönetilmelidir”¹²³düşüncesi hâkimdir. Sistemde, “sağlık için paylaşılmış sorumluluk prensibi, primlerle ya da sağlık riskinden sorumlu olan devlet, belediyeler, işverenler ve çalışanların ödemeleri ile garanti”¹²⁴edilmiştir.

Ülkedeki sağlık sigortasının getirdiği ve diğer ülkelere göre epey farklı olan bir uygulama, sağlık sigortası kapsamındaki bireylerin rutin sağlık kontrollerini yaptırması zorunluluğudur. Bu uygulama ile halk sağlığı korunarak hastalıkların önlenmesi sağlanmaktadır. Ülkede dikkat çeken bir diğer unsur da, sağlık hizmeti sözleşmesi yapan firmaların devletin koyduğu hususlara uymaması, kalite bakımından düşmesi durumunda kurumların kapatılmasıdır.

2.2.3. Portekiz

Genel olarak ülkedeki sağlık sistemi, yönetim tarafından belirlenmektedir ancak bu belirlemede demokratik bir ortam olduğundan bahsetmek de çok mümkün değildir. Ülkedeki sağlık sisteminin işleyişi yönetimin tekelindedir.

Her ülkede olduğu gibi burada da koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar mevcuttur. Bu hizmetler pratisyen hekimler tarafından verilmiştir ve vatandaşlar yaşadıkları merkeze bakan kurumlara giderek kurum içinde hekim seçme özgürlüğüne sahiptirler. Hastaların, uzman doktorlara sevkini bu pratisyen hekimler tarafından gerçekleştirilmektedir. Ülke içindeki sağlık hizmetleri özel kurumlar ve devlete ait hastaneler tarafından sunulmaktadır. Özel kurumların kiminin kar amacı gütmeyeceği, gönüllülük esasına dayanarak hizmet verdiği görülmektedir.

¹²²T.C. Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s.15.

¹²³T.C. Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s.15.

¹²⁴T.C. Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s.15.

2.2.4. Hırvatistan

Ülkede Halk Sağlığı Kurumu ve İl Halk Sağlığı Kurumları tarafından verilen sağlık hizmetleri, il ve taşra bazında verilmekte olup, genel olarak illerdeki kurumlar bölgede yetkili sayılmaktadır.

Acil tedavi merkezleri, evde bakım merkezleri ve eczacılık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındadır. Genellikle bu birimler belediyelere bağlı olarak faaliyetlerini sürdürmektedirler. Vatandaşlar bu birimlerden uzmanlara sevk edilmektedirler. Bu durum diğer ülkelerdeki aile hekimlikleri uygulamalarını anımsatmakta olup, hastanelerdeki yoğunluğun önüne geçmektedir¹²⁵.

Ülkedeki hekimler rutin aralıklarla sağlık eğitimlerine tabi tutulmaktadır. Bu sayede sistemin güncel kalmasına yardımcı olunur. Ancak ülkedeki en önemli sorun halkın eşit biçimde sağlık hizmetlerinden faydalanamamasıdır. Ülkedeki eşitliği sağlayan yasalara karşın dar gelirli vatandaşların ve kırsal kesimdekilerin sağlık erişimine ulaşmakta zorluk yaşadığı görülmektedir.¹²⁶

2.2.5. Hindistan

Ülkedeki pek çok sağlık uygulaması birimi devlete bağlı olarak işlem yapmaktadır ve kar amacı gütmemektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar toplum sağlığı merkezleri, bölge hastaneleri ve alt merkezler olarak sınıflandırılmıştır.

Ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerini veren gezici birimler ve aile refahı merkezleri mevcuttur. Bu uygulama ile ülke diğer gelişmekte olan ülkelere farklılık göstermektedir. Ülkedeki en önemli sorunlar, sağlık personelinin taşra bölgelerde hizmet vermek istememesinden kaynaklanmaktadır. Bu sebeple kırsal kesimlerdeki sağlık birimlerinin ciddi personel sıkıntısı mevcuttur. Benzer biçimde

¹²⁵Erdal Sargutan, (2005),*Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:3, s.1106.

¹²⁶M.Mastilica, (1998), *Health Care Reform in Croatia: The Consumers' Perspective*, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb University School of Medicine, Zagreb, September, 39(3).

buralarda ekipman ve ilaç bulma zorluğu olduğu da bilinmektedir. Dolayısıyla sağlık alanında bölgesel eşitsizlikten bahsetmek mümkündür.

2.2.6. Finlandiya

Ülkedeki vatandaşlar, KELA isimli sağlık sigortasına kaydolmaktadır. Sigorta kapsamında olmayan bireyler sağlık hizmetlerinden sınırlı derecede faydalanabilmektedirler. Sağlık hizmetlerinin giderlerinin büyük kısmı devlet tarafından, toplanan vergiler ile karşılanmaktadır. Ancak vatandaşlardan da aldıkları hizmete göre çeşitli kesintiler yapılmaktadır. Bu kesinti oranları zaman zaman %35'e varabilmektedir.¹²⁷Yine işverenler de çalışanlarının sağlık giderleri için kimi zaman ödeme yapmak zorunda bırakılmaktadırlar.

Ülke, sağlık hizmeti bakımında bölgelere ayrılmış her bölgeye oradan sorumlu doktorlar atanmıştır. Sağlık hizmetleri bu yerel kuruluşlar tarafından verilmektedir. Pratisyen hekimler gerekli gördükleri takdirde daha büyük kuruluşlara hastaları yönlendirmektedirler.

Muayenelerdeki yığılmaların önüne geçmek amacıyla ülkede *Mart 2004'te yeni yasa çıkarılmıştır*. “Bu yasaya göre birinci basamak sağlık merkezinde muayene olmak için 3günden uzun süreye randevu verilmeyecektir. Bu süre hastane muayeneleri için 3 hafta olarak belirlenmiş, ameliyatlar için ise 6 aydan uzun bekleme listesi oluşturulmayacağı hükmü getirilmiştir.”¹²⁸Ülkedeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel görevleri diğer ülkelere benzer olarak, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve teşvik programları biçimindedir. Bu hizmetler her yılın ilk üç defasında ücretlidir.

2.2.7. Yunanistan

Tıbbın ana vatanı olarak da tabir edilebilen ülkede tıbbi uygulamalar mitolojik zamanlarda başlamış ve çoğunlukla Yunan Tıp Mitolojisi Mısır Mitolojisinden etkilenmiştir.¹²⁹ Yunanistan'da sağlık verilerine bakıldığında göze ilk

¹²⁷T.C. Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s.17.

¹²⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s.17.

¹²⁹ Sağlık Tesisleri İşletmesi Dairesi Başkanlığı, (2014), “Dünya Sağlık Sisyemleri”, Ankara, s. 219.

çarpan oran bebek ölüm hızıdır. Yüzde 0,82 olan bebek ölüm hızı diğer Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça yüksek görünmektedir.

Ülkedeki sağlık hizmetlerinin sistemleri de üyesi olduğu Avrupa Birliği ülkelerine göre oldukça farklıdır. 1980’li yıllarda yerleştirilmeye başlanan yeni sağlık sistemine göre, “Milli Sağlık Hizmeti” Kanunu ile yeni uygulamalara geçilmiş ve çoğunluğunu özel sağlık kurumlarının oluşturduğu yatak sayısı devlette çoğaltılmıştır. Bunda, dönemin sosyalist düşünce yapısına sahip hükümetinin büyük etkisi vardır.¹³⁰

Yeni sağlık kanunu ile özellikle özel hizmet veren kurumların sağlık sistemi üzerine getirdiği eşitsizliklerin ortadan kaldırılarak, tüm sağlık birimlerinin tek çatı altında toplanması ve halka eşit hizmet götürülmesi amaçlanmıştır. Ancak sosyalizm temelli bu sağlık kanunu tamamen uygulamaya geçirilememiştir. 1988 yılında iktidara gelen muhafazakâr hükümet sağlık alanında yeni düzenlemeler getirmiştir. Yeni düzenleme ile sağlık sektöründe hizmet veren özel kurumların sayısı yeniden artmıştır. Hatta yapılan araştırmalara göre özel sektör harcamaları, kamu sektörü harcamalardan daha yüksek görünmektedir.¹³¹

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Türkiye’de sağlık alanındaki son gelişmeler 2003 yılında ortaya çıkan “Sağlıkta dönüşüm programı” ile yapılmış buna uygun biçimde yasalar ve yönetmelikler düzenlenmiştir. Bu programın temel amacı sağlık kurumlarına erişimin kolaylaştırılması ve her yerde halka eşit hizmet verilmesi olmuştur.

Özellikle özel hastanelerde acil durum başvurularında ücret alınmasının önüne geçilmiş, sarı, yeşil ve kırmızı alan uygulamalarına geçilmiştir. Aynı şekilde, ambulans gibi acil durumlarda verilecek hizmetlerin de tek merkezden yönetilmeye başlanması, bu araçlarda çalışacak personellerin belli eğitimleri almaya zorunlu bırakılması, halkın sağlık hizmetine ulaşımını kolaylaştırmaya yönelik çalışmalar olmuştur.

¹³⁰Sağlık Tesisleri İşletmesi Dairesi Başkanlığı, A.g.e, s.221.

¹³¹T.C. Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s.15.

Türkiye’de sağlık alanında, araştırılması gereken ana kanun, Temel Sağlık Hizmetleri Kanunudur. 3359 numaralı kanun olarak da tanımlanan Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu, 15 Mayıs 1987 Tarih ve 19461 sayılı Resmi Gazete ’de yayınlanmıştır. Kanundaki en önemli maddeler ise şu şekilde özetlenebilir:

a) ‘Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir’.

b) ‘Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.’

c) ‘Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenir.’

d) ‘Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar.’

e) ‘Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır.’

f) ‘Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur.’

g) ‘Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar, ülke

ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet önce ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim yaptırır. Bunu sağlamak amacıyla üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkânlarından da yararlanır. Hizmet içi eğitim programını ne şekilde ve hangi sürelerle yapılacağı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca çıkartılacak yönetmelikte tespit edilir.’

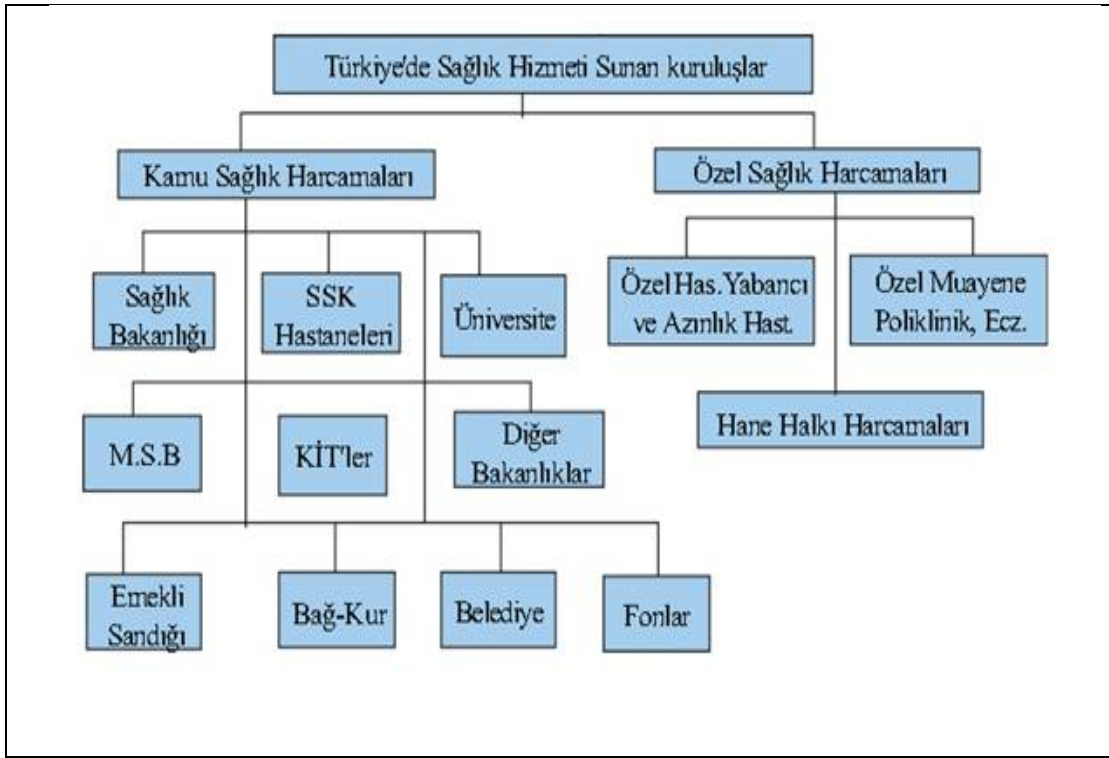
i) ‘Sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişki ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler. Çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır.’

j) ‘Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.’

k) ‘Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamulleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psişik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontrolüne, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir.’¹³²

¹³² 3359 Numaralı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu-(Temel Esaslar)- Madde3’ün, acil durum sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, hasta hakları, personel dağılımı konusundaki hassasiyet, 1.1 ve2.1 sağlık kuruluşları ile ilgili kısımları, bazı maddelerin tamamı, bazı maddelerin ilgili kısımları

Kanundan da anlaşılacağı üzere, sağlık sistemlerinde oturtulması istenen ana amaç halkın her kesiminin sağlık şartlarının eşit biçimde düzenlenmesini sağlamak ve sağlık hizmetleri yönetimlerini tek merkeze bağlayarak hizmet standartlarının her yerde aynı olmasını kontrol edebilmektir. Buna uygun olarak, sağlık hizmeti veren kuruluşlara özellikle acil durumda yönlendirilecek hastalar tek merkezden yönlendirilmektedir. Aynı şekilde hastaların randevu almaları için de tek merkez yetkili kılınmıştır. Günümüzde vatandaşlar 182 no'lu telefonu arayarak istedikleri hastane ve birimden randevu talep edebilmektedirler. Ülkemizde sağlık hizmeti veren kurumlar Şekil 10'da gösterilmektedir:



Şekil 10. Türkiye'de Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar

Kaynak: KÖK M., ve SAYIM F., A.g.e, s.279.

Şekilde gösterilmemesine rağmen sağlık kuruluşlarının yönetim, eğitim ve diğer hizmetlerini kontrol eden sağlık kurumları ise aşağıdaki başlıklarda

alınarak, ilgili bakanlığın resmi web sitesinden alınmıştır. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html>

incelenmiştir. 2011 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı'nın tüm merkez, taşra örgütleri değiştirilmiş ve bu yeni yapıyla taşra üç ayrı kuruma ayrılmıştır. AB uyum kapsamında baştan aşağı revize edilen Bakanlık yapılanması sağlık hizmetlerinin yönetim ve sunumunda önemli rol değişikliği getirmiştir. Merkez teşkilatta yapılan ve AB uyum standartlarına uygun değişikliklerinde yeni daire başkanlıklarının yanında taşrada yaptığı değişikliklerle Sağlık İl Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği kurulmuştur.

3.1. İl Sağlık Müdürlüğü

Sağlık bakanlığını temsil ederek çıkarttığı kararların uygulanmasında yardımcı olan kurumlar içerisinde en geniş yetkiye sahip olanı il sağlık müdürlükleridir.¹³³ İl sağlık müdürlükleri sorumlu oldukları illerdeki sağlık personellerinden geçici olanları seçer ve göreve atar. Benzer biçimde, il sağlık müdürlükleri buldukları şehirlerdeki yetkili organ olarak kurumları denetler ve işlemlerini takip eder. Bu kurumlar ise şu biçimde sıralanabilir:

- I. “Aile Sağlığı Merkezleri
- II. AÇSAP Merkezleri
- III. Sağlık Evleri
- IV. Hastane ve bunlara bağlı Semt Poliklinikleri
- V. 112 İstasyonları
- VI. Sağlık Kabinleri
- VII. Özel Muayenehaneler
- VIII. Ayaktan Teşhis ve Tedavi Yapan Özel Sağlık Kuruluşları
- IX. Özel Hastaneler
- X. Diyaliz Merkezleri
- XI. Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri
- XII. Sürücü Olur Yetki Belgesine sahip Sağlık Kuruluşları

¹³³ Kuruluş ve Görevler, İl Sağlık Müdürlüğü, http://www.asm.gov.tr/subehaberler/DenetimOrganizasyon_5349.dnz Erişim Tarihi: 18.11.2014.

- XIII. Özel Cerrahi Müdahale Merkezleri
- XIV. Psikoteknik Değerlendirme Merkezi
- XV. Optisyenlik Müesseseleri
- XVI. Eczaneler
- XVII. Dış Sağlık ile ilgili Sağlık Kuruluşları
- XVIII. Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezleri
- XIX. 992 sayılı Kanuna tabi olan Laboratuvarlar (Biyokimya, Bakteriyoloji, Patoloji)
- XX. 3153 Sayılı Kanuna tabi olan Laboratuvarlar (Radyoloji, FTR, Nükleer Tıp)¹³⁴

3.2. Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği

Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği, 663 sayılı KHK'ya dayanarak illerdeki kamu hastanelerini tek çatı altında toplamaya başlamıştır. Bu kurum, hastanelerin personel ve bina gibi ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Tıbbi, idari ve mali hizmetler başkanlıkları Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği bünyesinde toplanmıştır ve bu birimler hastane yöneticileri tarafından oluşturulmuştur.

Benzer biçimde hastane yöneticileri de bu sekreterliğe bağlıdır. Hastane yöneticilerinin altında da başhekimlikler bulunmaktadır. Hastanelerin büyüklüğüne göre müdürlükler ve mali işlerden sorumlu birimler oluşturulmaktadır. Birlik, hastanelerin personel hareketlerinin denetimini de gerçekleştirmektedir.¹³⁵

3.3. Halk Sağlığı İl Müdürlüğü

663 sayılı KHK ile kurulan Halk Sağlığı İl Müdürlükleri, Sağlık İl Müdürlüklerinin denetimi altında kurulmuştur. Görevleri, koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlamaktır. Çevresel sağlığın korunması, aşılama gibi işlemler, Halk Sağlığı İl Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Müdürlüğün ana amacı halk sağlığının korunmasıdır.

¹³⁴Kuruluş ve Görevler, İl Sağlık Müdürlüğü, A.g.e, Erişim Tarihi: 18.11.2014.

¹³⁵Erkin Göçmen, (2012), "*Kamu Hastaneleri Birlikleri Kurulurken...*", <http://www.medikalakademi.com.tr/erkin-gocmen-kamu-hastane-birlikleri-hukuk/> Erişim Tarihi: 18.11.2014.

Halk sağlığını bireysel ölçüde korumak ve tedavi için gerekli mercilere hastaları yönlendirmek, kişilerin takibini yapmak için de aile hekimlikleri kurulmuştur. Halk Sağlığı Müdürlükleri, toplum sağlığı merkezleri ve halk sağlığı laboratuvarlarından oluşmaktadır. Aile hekimliği izleme ve değerlendirme birimi, toplum sağlığı hizmetleri birimleri gibi genel birimlerin yanında bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar birimi, ruh sağlığı programları birimleri gibi şahsın hem fiziksel hem de ruhsal boyuttaki hastalıkları ele alan birimleri de mevcuttur.¹³⁶

¹³⁶T.C Sağlık Bakanlığı, İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15510/il-ve-ilce-saglik-mudurlugu.html> Erişim Tarihi: 18.11.2014.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA İLİŞKİLERİ YÖNETİMİ

1. SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA İLİŞKİLERİ

Teknolojinin gelişmesi ve bireylerin eğitim düzeylerinin artması, insanların kişisel sağlıklarına verdiklerin önemin artmasına ve sağlıkla ilgili olarak bilinçlenmelerine sebep olmuştur. Bu nedenle insanların sağlık hizmetleri ile ilgili talepleri de değişmiş, daha kaliteli yaklaşımlar bekler hale gelmişlerdir. Günümüzde insanlar sağlıkla ilgili bilgilendirilmek istemektedirler. Hastalıkların şekil değiştirmesi, küreselleşme sebebi ile virüslerin hızla yayılması ve ekonomik güçlenme de buna sebep gösterilebilir.

Vatandaşların sağlık hizmeti taleplerine doğrudan etkisi olan bir diğer etmen ise sağlık personelinin tutum ve davranışlarıdır. İnsanlara gerekli bilgilendirmeyi yapan ve fizyolojik sağlık desteği ile yetinmeyerek onları eğiten, destek olan sağlık personelinin varlığı, vatandaşların sağlık hizmetlerini almaktan kaçınmalarının önüne geçmektedir. Günümüzde özellikle şehir yaşamında insanlar sağlık personellerinden saygı beklemektedirler. İletişime önem veren insanlar, sağlık personeli ile iyi iletişim kurma çabasıdadırlar. Yardım isteme anlarında sağlık personeli tarafından yeterince dinlendiklerine emin olma ihtiyaçları vardır.

Hastalarla en fazla iletişim kuran sağlık çalışanları hekim ve hemşirelerdir. İnsanlar bu kişilerle dolaylı ya da doğrudan iletişim ve etkileşim halindedir. Vatandaşlar bu personelden empati başta olmak üzere, kendilerini çeşitli yönlerden değerlendirme ve doğru biçimde iletişim kurma beklentisine girmişlerdir.

1.1. Hasta Kavramı

Sağlıklı olmak, ruhsal, sosyal ve fiziksel olarak bütünlük olarak kısaca özetlenebilir. Hasta birey ise bu sağlıklı olma hallerinden herhangi birini ya da birkaçını kaybetmiş birey olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel sağlığın bozulması, bireyin, temel ihtiyaçlarını karşılamada zorlanması halinde sıkıntılarla karşılaşma

durumu olabilmektedir. Tıbbi olarak incelendiğinde, çeşitli belirtiler ile organizmada oluşan bozuklukların gözlenmesi durumudur ve buna mikroplar, virüsler ya da kazalar gibi dışarıdan gelen çeşitli etmenler sebep olmaktadır. Pek çok insan, sağlıklı olma halinin bozulması denildiğinde fiziksel olarak hastalanmayı akla getirmektedir. Ancak hastalığın yukarıda da belirtildiği gibi önemli psikolojik boyutları da mevcuttur.¹³⁷

Ruhsal sağlığın bozulmasında da çeşitli işlev bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Kişi gündelik yaşamında mutsuz ve genellikle faaliyetlerinde isteksizdir. Psikolojik bozuklukların kiminde sebep fizyolojik hastalıklarken, kiminde de sosyolojik etmenler mevcuttur.¹³⁸

Sosyal sağlığı kaybetme hallerinde ise birey kendi olmaktan mutsuzdur ve yaşadığı çevre ile ilgili şikayetleri vardır. Çevresi ile uyumu kaybetmiştir ve grup aktivitelerinden kaçınmaktadır. Bu durum bireyde önce psikolojik, ardından fizyolojik hastalıklara yol açabilmektedir.¹³⁹

1.2. Parsons ve Hasta Rolü

Hastalık, daha önce de belirtildiği üzere, bireyin günlük yaşamında yaptığı aktivitelerin çeşitli sebepler ile sekteye uğraması anlamına gelmektedir. Sosyologlar, bu sebeple, hasta bireylerin çeşitli statülerde bulunmalarını da engellediği görüşünü savunmaktadırlar. Bu görüşün temel nedeni, insanların hasta bireyden bazı hareketler yapmasını beklemektir. Statüler toplum tarafından şekillenir ve statü sahibi insanların çeşitli ödevleri bulunmaktadır. Hasta birey de toplum tarafından çeşitli biçimde ödevlendirilmektedir. Örneğin günlük yaşamda bazı rollerin hastalık sebebi ile bırakılması gerektiği toplumun bireye atfettiği hastalık statüsünün etkisidir.

Hasta bireyde toplumun görmek istediği davranışlar sosyokültürel yapıya göre şekillenmektedir. Hastalardan toplumun beklediği davranışları ve bunun

¹³⁷Nusret Fişek, (1982), “Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları”, Sağlık Yönetimi, Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144, 1982, s.1-3.

¹³⁸Nusret Fişek, A.g.e, s.3.

¹³⁹ Ahmet Topuzoğlu, (2006), “Sağlığın Tanımı, Başa çıkma”, Journal Of İstanbul Kültür University, Mart 2006, s. 47-49.

karşılığında hasta bireyin yaşadığı etkileri inceleyen ilk bilim insanlarından biri de Parsons'dur. Parsons'a göre hastalık, bireyin toplum içindeki geçici statülerinden biridir. Hasta ve doktor birbirini tamamlayan iki kişidir. Doktorlar, hastaların sağlıklı bireylerin bulunduğu statüye ulaşmalarını sağlamaktadırlar. Bu sebeple doktorun çeşitli sorumlulukları mevcuttur. Araştırmacıya göre, doktorlarda olduğu gibi hastaların da rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Parsons'a göre hasta ve doktor birbirini tamamlamaktadır.¹⁴⁰

1.3. Hasta Politikası ve Hasta Kabul İşlemleri

Hastanelerde de diğer örgütlerde olduğu gibi halkla ilişkiler birimleri mevcuttur. Bu birimlerin temel hedefi hastalara organizasyonu iyi tanıtmak ve kişileri doğru bölümlere yönlendirerek zaman kaybını önlemek ve verimliliği üst seviyeye çıkartmaktır. Aynı şekilde kurum içi ilişkilerin de sağlıklı biçimde yürütülmesi yine hastane içindeki halkla ilişkiler birimleri tarafından desteklenmektedir. Bu sayede çalışanların da mutlu bir ortamda, huzurlu biçimde çalışması amaçlanmaktadır. Çalışanların istek ve arzularının karşılanması, bu kişilerin daha istekli çalışmalarını sağlayacaktır.¹⁴¹

Halkla ilişkiler yalnızca çalışan ve hasta memnuniyeti konusunda görevli değildir. Halkla ilişkiler hastaların düşünce, istek ve önerilerine de kulak vererek sağlık hizmeti kalitesini arttırmayı hedeflerler. Hasta kabulü işlemleri de sağlık birimine başvuruların gerçek bilgilerini sorgulamak anlamını taşır. Bu faaliyetler, hastane ile ilgili istatistikleri de belirlemede yardımcı olmaktadır. İlgili memur, hastalardan ya da ailelerinden hasta geçmişi ile ilgili bilgileri alarak ilgili alanları doldurmakla yükümlüdür.¹⁴²

¹⁴⁰Sevda Demirbilek, (2011), *Bir Sosyal Sorun Olarak Sağlık*, Sosyal Politikalar Dergisi, <http://sosyalpolitikalar.com.tr/component/content/article/10-makale/300-bir-sosyal-sorun-olarak-salk.html> Erişim Tarihi: 18.11.2014.

¹⁴¹Mustafa Taşlıyan ve Sibel Gök, (2012), “*Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti : Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması*”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, 2012, s.65.

¹⁴²Mustafa Taşlıyan ve Sibel Gök, A.g.e, s.66.

1.4. Hasta İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi

Hastaların sağlık kurumuna kabulünden sonra özellikle hekimler hastaların psikolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarını belirleyerek tedavi sürecine başlamaktadırlar. Burada hekimin hastayı iyi anlaması, kişinin ve yakınlarının hassasiyetlerini göz önünde tutarak çalışması gerekmektedir.¹⁴³ Doktorların hastaları anlayarak duruma müdahale etmesi gerekmektedir. Aksi takdirde hastalar durumu ifade etmekten çekinerek tedavinin eksik kalmasına sebep olabilirler. Bu aşamada hekimlerin davranışlarını gözden geçirmek gerekmektedir. Hekimlerin tavırları şu şekilde sıralanabilir:

- I. Buyurgan Hekim Davranışı
- II. Danışman Hekim Davranışı
- III. Katılımcı Yaklaşım

Hastaların tedavi sürecine katılım sağlamaları, rızalarının alınması ve doğru tedavi hakkında bilgilendirilmeleri bu süreci hızlandıracaktır. Bu esnada hastanın psikolojisi önemlidir. Bireyler ve yakınları içinde buldukları durum karşısında endişe duymaktadırlar. Hekim ve sağlık personelinin bu durumda hastayla yakın iletişim kurmaları ve yardımcı olmak istediklerine dair ikna edici olmaları gerekmektedir.¹⁴⁴

Tedavi süreci içerisinde verilen ayrıntılı bilgi hastanın tedaviye uyumunu sağlamakta, sağlık personeline güven ve memnuniyeti artırmakta, tedaviye bağlılığına olumlu yönde katkıda bulunmaktadır. Sağlık personelinin hastaya yeterli bilgilendirebilmesi hastanın kendini değerli ya da değersiz hissetmesinde önemli faktörlerden biridir. Sağlık personelleri hastaya hastalığı hakkında bilgi verdiğinde sade ve hastanın anlayabileceği şekilde bilgilendirmelidir. Bilgilendirme yapmak hastanın haklarını yerine getirmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliğine göre, hastaları tedavi sürecindeki faaliyetler, sonrası ve korunma yöntemleri ile ilgili bilgilendirmek gerekmektedir.

¹⁴³Tevfik Özlü, (Tarih Yok), “Hasta ve Sağlık Çalışanları İlişkileri”, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/elektronikkitap/calisaniliski.htm> Erişim Tarihi: 19.11.2014.

¹⁴⁴Tevfik Özlü, A.g.e, Erişim Tarihi: 19.11.2014.

1.5. Hasta Psikolojisi

Hastalık, bireylerin gündelik yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Benzer biçimde hastanın yakın çevresi de bu durumdan çoğu zaman hoşnut değildir. Hastalar panik olma eğiliminde bireylerdir.¹⁴⁵ Hastaların hastalık sürecinde bekletilmeleri, hizmet esnasında uygulanan işlemlerin uzun ve çeşitli oluşu hastaların sabırsızlanmasına sebep olmakta ve memnuniyet bakımından tatminlerini yakından etkilemektedir.

Doğal olarak tüm hastalar, gereksinim duydukları hizmetleri en kısa sürede almak istemektedirler. Hastanelerde formalite sayısı arttıkça, hastaların zaman kaybı da artmaktadır.¹⁴⁶ Hastaların tedavi sırasında ve öncesindeki tatminlerini, dolayısıyla hekim ve kuruma olan güvenlerini etkileyen üç temel aşama vardır. Bunlar, teşhis aşaması, hastaneye yatış sırası ve tedavi sürecidir. Hastaların bekleme süreleri boyunca gerginlikleri de artmaktadır. Stresi artan hastanın psikolojik dengesi de bozulmaya daha elverişli hale gelmektedir. Bu sebeple, sağlık personelinin hastaya karşı daha anlayışlı olması beklenmektedir.

2. SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA VE İLETİŞİMİN ROLÜ

Hastalar, günümüzde özellikle eğitim düzeyleri yükseldiği için iletişime daha çok önem vermektedir. Bu sebeple, günümüzde hekim ve sağlık personeliyle iletişimin kurulması, hasta memnuniyetini ve sağlık hizmetlerini almaya yönelik isteği arttırmaktadır.¹⁴⁷

Bireylerin sağlıklarıyla ilgili duyarsızlıklarında sağlık personelinin olumsuz tutum ve davranışının etkisi büyüktür. Sağlık hizmetlerini sunan sağlık personelinin hastalara karşı davranışları da sağlık hizmetlerine yönelen talep durumunu etkileyici bir etken olarak kabul edilmektedir. Sağlık personelinin olumsuz tutumları hastanın

¹⁴⁵ Leyla Küçük, (Tarih Yok), “*Bakım Hizmetlerinde Psikolojik ve Spritüel Yaklaşım*”, www.iagb.gov.tr/file/SUNUMLAR/02/01.ppt Erişim Tarihi: 19.11.2014.

¹⁴⁶ Süheyla Ünal, (2014), “Sağlık Psikolojisi”, iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/477/file/.../Sag-Psikolojisi1.ppt Erişim Tarihi: 19.11.2014.

¹⁴⁷ Medikal Teknik, (2013), “*Sağlık Kurumlarında İletişim ve Empati*”,

<http://www.medikalteknik.com.tr/saglik-kurumlarinda-iletisim-ve-empati/> Erişim Tarihi: 19.11.2014.

tercihlerini etkileyecek ve tedavi sürecini uzatacak ya da kısaltacaktır. Bu sebeple personelin katı ve soğuk davranışlardan kaçınarak, hastayla duygudaşlık kurarak ve onu anlamaya çalışarak yardımcı olması beklenmektedir.

2.1. Sağlık Kuruluşlarında Hasta ve Personel İletişimi

Hastaların sağlık kurumuna başvurma anlarından itibaren buradaki personel ile iletişimi söz konusudur. Hatta acil durumlarda telefonla bile hasta ve sağlık personeli iletişim halinde olmaktadır. Bu durumda personelin hastayı iyi anlaması ve doğru yaklaşım göstermesi gerekmektedir.

2.1.1. Hemşire Hasta İlişkisi

Hastaların sağlık kurumlarında hatta kimi zaman evde bile hekim tarafından yatak istirahati önerildiğinde en çok gördüğü sağlık personeli hemşirelerdir. Hemşirelik bakımı tedavi sürecini doğrudan etkileyen en önemli faktörler arasındadır.

Yatak istirahati, kimi zaman bir hastalığın daha hızlı iyileşmesi için önerilirken, kimi durumlarda ise zorunlu hale gelebilen bir durumdur. Yatak istirahati başta hastanın ardından çevresinin psikolojisini yakından etkiler. Bu esnada hemşirelerin de hastaya yaklaşımları, onlarla iletişim kurma becerisi taşıması gerekmektedir. Hemşirelik mesleğinin olmazsa olmazı, hastalar ile iletişim kurabilme becerisidir.¹⁴⁸ Bu sebeple hemşireler, iletişim kanalı ile yardım ilişkisi kurarlar; sorunları tanımlamada, çözmede ve sağlık iletişiminde iletişim tekniklerini kullanırlar. Hemşirelerin hastayla kurduğu ilişkide önemli amaçlardan biri, bireyin kendini iyi hissetmesini sağlamaktır.

Sağlık hizmeti alma durumlarında hemşirelerin tavrı hasta memnuniyetini doğrudan etkiler. Hastaların sorularına cevap veren, onlara bilgi aktaran, hastalarla güler yüzlü yapıcı iletişim kuran hemşireler hasta memnuniyetini arttırmaktadır.

¹⁴⁸Aysel Doğan, (2012), *Yatağa Bağımlı Hastalarda Hemşirelik Bakımı*, Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane Kalite Yönetim Sistemi Eğitimleri, 01.02.2012 Ders Notu, s.13.

Günümüzde pek çok sağlık hizmeti veren kurum, tercih edilebilirliği ve verimliliği arttırmak için hemşire-hasta ilişkisine eğilmiştir. Çünkü sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemlidir.

2.1.2. Doktor Hasta İlişkisi

Doktorlar, hastanın kabulünden sonra ilk iletişim kuran kişilerdir. Doktor ile hasta arasında iyi iletişim sağlanmadığı takdirde, hastanın şikayetlerinin ne olduğunun anlaşılması güçleşir. Bu sebeple hekimlerin hastalara yaklaşım biçimleri incelenmiştir. Yukarıda da belirtildiği gibi hekimlerin hastalara olan yaklaşımlarının en sık rastlanılanlar, buyurgan hekim, danışman hekim ve katılımcı yaklaşımdır.

- I. Buyurgan hekim; genellikle en sık karşılaşılan hekim davranışıdır. paternalistik yaklaşım da denilen bu yaklaşımda baba ile çocuk arasındaki ilişkilere benzer bir durum söz konusudur.
Bu yaklaşımdaki hekimlerin hastaya seçim hakkı tanımadığını söylemek mümkündür. Hekimlerde, babaların çocukları için düşündüğü gibi, kendileri için doğru kararı veremeyecekleri hissi hakimdir.¹⁴⁹
- II. Danışman hekimler, hastaya olması gerekenden fazla sorumluluk yüklemekte ve ilişkide yalnızca danışman rolünü üstlenmektedir. Bu tür hekimler, hastalığın ne olduğunu, nedenlerini, hastanın yaşamını nasıl etkileyeceğini, sorunlarla nasıl başa çıkacağını, tanı için neler yapılabileceğini, tedavinin olası yarar ve risklerini anlatmaktadır ancak hastayı yönlendirmemektedir.
- III. Katılımcı yaklaşımdır ise en çok tercih edilen yaklaşım biçimidir. Burada hekim, hasta ve hemşireler hastayı sağlığına kavuşturmayı hedefleyen bir takımdır ve birbirlerini ekibin bir parçası olarak görmektedirler.¹⁵⁰

¹⁴⁹Tevfik Özlü, A.g.e, Erişim Tarihi:19.11.2014.

¹⁵⁰Tevfik Özlü, A.g.e, Erişim Tarihi:19.11.2014.

2.1.3. Zor Hasta İle İletişim

İletişimi engelleyen davranışları olan hastalar “zor hasta” olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalar, yeterince ilgilenilmediği takdirde, hastalığın çözümü sürecinde zorluklar yaratabilmektedirler.

Zor hasta diye tabir edilen bu kişiler, doktor ve hemşirelerin çalıştığı yere, koşullara ve kültüre göre değişkenlik göstermektedir. Çünkü kimi zaman “zor hasta” ergenlik dönemindedir, kimi zaman yaşlı bir bireydir. Bazen hastalar uzlaşmak istemeyen bireylerdir. Kimi bölgelerde erkek hastalar zor hasta olabilirken, kimi bölgelerde ise kadınlar zor hastadırlar.

Birçok hekim mesleğe, hastalıkları tedavi etmeyi ve tıbbi sorunları çözmeyi amaçlayarak başlamaktadır. Hiçbir tıbbi gerekliliği olmaksızın sık sık muayene olmak için gelen, iyileşmek istemiyor gibi görünen, tıbbi tedavi ile ilgisiz konular üzerine odaklanan hastalarla karşılaşmayı beklememektedir. Hastalığı yaşam biçimi haline getirmiş hastalar da zor hastalardır. Zor diye tabir edilen hastalar, kimi zaman sağlık personeline saldırgan tavırlar da sergileyebilmekte ve çalışma ortamlarındaki huzuru bozabilmektedir.

Hastaların durumu zorlaştırmamaları için, hasta ile iletişimi doğru biçimde sağlamak gerekir. Öncelikle, sağlık ekipleri hastayı aktif biçimde dinlemelilerdir. Bu esnada, hekim olabildiğince hastanın sözünü kesmemelidir. Yapılan klinik çalışmalarda, hekimlerin hastayı dinleme konusunda sabırsız olduğu görülmüştür. Hastalar konuşmaya başladıktan sonra ortalama olarak 13 saniye sonra hekim tarafından sözünün kesildiği ortaya çıkmıştır.¹⁵¹ Bir diğer önemli unsur da hekimlerin hastalar ile empati kurmaya çalışmasıdır. Hekim, tıbbi dili bir yana bırakarak, hastaya anlayabileceği bir dille, sakin biçimde durumu anlatmalıdır. En etkili iletişim yöntemlerinden biri de yüz yüze olan iletişimidir. Hekim yüz yüze hastanın psikolojisini de gözlemleyebilecektir.

Hastalar, panik olmaya eğilimlidir. Bu sebeple hekimler başta olmak üzere, sağlık çalışanlarının hastaya güven vermesi gerekmektedir. Bu sayede en zor hastalar

¹⁵¹Tevfik Özlü, A.g.e, Erişim Tarihi:19.11.2014.

ile iletişim bile kolaylaşacaktır. Elbette kimi zaman hekimler ile işbirliği yapmak istemeyen hastalar ortaya çıkmaktadır. Bu tür durumlarda hastanın psikolojik sağlığı ile ilgili de araştırmalar yapılmalıdır.

2.2. Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti ve Çalışanların Rolü

Hasta memnuniyeti, günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesi, verimliliği ve etkinliğini incelemede ve değerlendirmede kullanılan önemli bir kavram durumuna gelmiştir. Artık sağlık hizmeti verenler hastaların beklenti ve gereksinimleri ile bu hizmetin verilmesinden algıladıkları doyum sonuçlarına göre eylem görmektedirler. “Memnuniyete ilişkin bilginin, kalite değerlendirmesinde olduğu kadar; sağlık bakım sistemlerinin şekillenmesinde ve yönetiminde de çok değerli olduğu kaydedilmektedir. Son yıllarda gerek kamu gerekse özel sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti konusuna giderek daha çok ilgi duyulduğu ve ölçüm çalışmalarının yaygınlaştığı görülmektedir.”¹⁵² Algılanan hasta tatmini düzeyinde daha çok hastaların görüşleri esas alınmaktadır. Dolayısıyla artık algılanan hasta tatmini, bakım kalitesiyle ilgili hasta bakış açısı biçimde değerlendirilmeye başlamıştır.

2.2.1. Hasta Memnuniyetinin Tanımı

Her sektörde olduğu gibi sağlık alanında hizmet veren kurumların tercih edilebilirliğinin artırılması için hastaların memnun edilmesi gerekmektedir. Ancak sağlık sektörünün diğer kurumlardan farklı olarak, hastaları müşteri gibi görme gibi bir bakış açıları olamaz. Bu bakış açısı kabul edilemez. Sağlık hizmeti veren tüm kurumların önceliği bireylerin sağlıklı hallerini korumak ve hastalıkları iyileştirmek olmalıdır.

Hasta memnuniyeti hastanın algılamasına göre değişkenlik gösterdiği için net bir tanımı yoktur. Ancak genel olarak memnun kalmış bir hasta, tedavi süreci, öncesi ve sonrasında beklentileri bakımından tatmin olmuş hastadır.¹⁵³ Memnuniyeti kazanılmış hastalar, her sorunlarında aynı kurumu tercih ederler. Bu sayede kurum

¹⁵²Abdurrahim Emhan ve Y. Bez, (2010), “*Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların Memnuniyet Düzeyleri*”, Dicle Tıp Dergisi, Cilt:37, No:3, s.241.

¹⁵³Sibel Öksüz, (2010), “*Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması*”, T.C. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s. 59.

müşterinin sadakatini kazanmış olacaktır. Genel olarak hastaların memnuniyetini kazanmak için sağlık kurumlarının yapması gerekenler, normal kar amacı güden işletmeler ile benzerlik göstermektedir. Bu faktörler aşağıdaki Tablo 4'te özetlenmiştir:

Tablo 4. Müşteri Tatminsizliğini Önleyen ve Tatmine Katkıda Bulunan Etmenler

MÜŞTERİ MEMNUNİYETSİZLİĞİNİ ÖNLEYEN ETMENLER	MÜŞTERİ MEMNUNİYETİNE KATKIDA BULUNAN ETMENLER
Güvenilirlik İnanırlılık Dürüstlük	Arzulu olmak Hızlı hizmet vermek Acil cevap vermek Birey bazında dikkatli olmak Hızlı çözüme ulaşmak
Güvenilirliğe layık olmak Faydalı olmak Kuruluşun ihtiyaç duyulan yerde olması Gereken yeteneklere sahip olmak	Kibar olmak Müşterilere değer vermek Saygılı olmak
Ulaşılabilir olmak Hızlı ve kolay bağlantı kurabilmek Uygun yer, telefon vs. imkanları sunabilmek	Empati yapabilmek Kendini müşterinin yerine koyup onu anlamak, ona zaman ayırmak ve sorunu beraber çözmek Fazladan hizmet sağlayabilmek
İşi zamanında yapmak	Kalitede mükemmeli sunabilmek
Doğru ve özenli olmak	Eğitilmiş ve bilgili personele sahip olmak

Kaynak: Sibel Öksüz, (2010), “*Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması*”, T.C. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s. 59.

Tabloda, müşteri olarak adlandırılan bölümlere hastayı yerleştirmek de mümkündür. Çünkü bireylerin hizmet sektöründeki kurumlardan memnun olmak için beklentileri birbirine benzemektedir.

Memnuniyet, beklentilerin bir işlevi olmakta, beklentiler ise, aynı veya benzer olan geçmiş deneyimlere dayalı olarak oluşmaktadır. Dolayısıyla, hastanın

önceki deneyimlerinden sağladığı tatmin düzeyinin onun beklentilerinin oluşmasında ve buna bağlı olarak kendisine verilen sağlık hizmetinden doyum sağlayıp sağlayamamasında ve tatmin gücünün belirlenmesinde etkisi olmaktadır.

Sayılan bu sebeplerden ötürü, sağlık sektöründeki memnuniyeti sağlamak daha zordur. Burada, personelin hasta ile iletişim kurabilmesi ve onun tedavi edilmesi için tüm imkânları kullanması, bunun yanı sıra hastayı bu imkanları kullandığına ikna etmesi gerekmektedir.¹⁵⁴

2.2.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Genel olarak işletmeler için müşteri memnuniyeti, işletmenin pazardaki payını kaybetmemesi, karlılığını koruyabilmesi ve devamlılığını sağlaması açısından oldukça önemlidir. Ancak hastaneler için bu durum biraz farklıdır. Özel hastaneler elbette kar amacı taşıdıklarından bu açıdan da hasta memnuniyetini sağlamaya çalışmaktadır.

Sağlık kurumlarında hastanın memnuniyetini sağlamanın çeşitli sebepleri vardır. Bu sebeplerden en önemlisi insani sebeptir. Sağlıklı olmak bir haktır ve her insan sağlıklı bir yaşam sürdürmek istemektedir. Bu nedenle hastanın memnuniyetini sağlamada önemli olan o insana yaşamak istediği sağlıklı hayatı vermek olmalıdır. Bir diğer sebep ekonomik nedenlerdir. Hastaların memnun olmamaları, özel ya da kamuya ait sağlık kurumlarında tedavi süreçlerini uzatmaktadır. Hastaların aynı kurumu tercih etmemeleri özel hastaneler için kayıpken, kamu hastaneleri için de başarısızlık anlamına gelmektedir. Yine bireyin sağlıksız olma halinin devam etmesi, çalışamama durumunu da beraberinde getireceğinden, ülkenin ekonomisi açısından da zararlıdır.

Etkililik, hastayı memnun etme çabasındaki bir diğer önemli nedendir. Memnun olmuş ve sağlığına kavuşacağına inanmış hastanın tedaviyi kabul etme olasılığı daha yüksektir. Bu durum hem kişinin hem de sağlık personelinin zamanını boşa harcamanın önüne geçecek, kaynakların daha verimli kullanılmasına yardımcı olacaktır.

¹⁵⁴Sibel Öksüz, A.g.e, s.61-62.

2.2.3. Bakım Kalitesi

Ülkelerin gelişmişlikleri sağlıklı insanlara bağlıdır. Çünkü sağlıklı birey üretkenliği ile ülkenin ekonomik, eğitim, sosyal yapısına katkıda bulunmaktadır. Bu sebeple ülkeler sürekli olarak sağlık hizmetlerinde kaliteyi geliştirmeyi amaçlamaktadırlar.

Dönüşümlü olarak, ülkenin sağlık hizmetlerinde verdiği kaliteli hizmet, gelişmişliğin de göstergesi olmaktadır.¹⁵⁵Hasta memnuniyetini sağlamak, sağlık kurumlarının öncelikli görevleri arasında yer almaktadır. Kurum yöneticileri ve tüm çalışanları bu konuda hassas davranmalıdırlar.

Hasta memnuniyeti daha önce de belirtildiği gibi değişkenlik göstermektedir. Bu sebeple tatmin düzeyi değişen hastanın beklentisini iyi kavramak gerekmektedir. Günümüzde bilinç düzeyi artan bireylerin, sağlık kurumlarından memnun kalmaları için yalnızca tıbbi hizmet alıyor olmaları yeterli değildir. Örneğin bekleme süresinin uzun olması, şehir yaşamında vakit darlığı çeken hastanın memnuniyetini düşürecektir.

Hastanın bakım kalitesi de memnuniyeti doğrudan etkileyen faktörler arasındadır. Kullanılan cihazların teknolojiye uygun olması, doğru ölçümlerin yapılması, testlerin sonuçlarının beklenirken vakit kaybının yaşanmaması, ortamın temiz olması ve hemşirelik bakımları esnasında personelin hastaya yaklaşımı memnuniyette bakım kalitesini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır.¹⁵⁶

2.2.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyici Faktörler

Hasta memnuniyetini sağlamak için çok yönlü bir yönetim programı uygulamak gerekmektedir. Çünkü öncelikle, sağlıklı olma halinin tanımına göre tedavi şekillenmektedir. Bunun yanı sıra hastanın geçmiş deneyimleri ve iyileşme süreci de göz önüne alınarak memnuniyet planlaması yapılmalıdır.

¹⁵⁵M. Yılmaz, (2001), Sağlık Bakım Kalitesinin bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti”, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sayı:5/2, s.70.

¹⁵⁶M. Yılmaz., A.g.e, s.70-71.

Hasta memnuniyeti, geçmiş deneyimlerden, yaşam tarzından, kişisel ve toplumsal değerlerden, sunulan hizmetten beklentilerden etkilenen karmaşık bir kavramdır. Hasta memnuniyeti, hizmetin nasıl verildiğini, hasta ve hizmet sunanların ilişkisini, hizmetin devamlılığını, bu hizmetin verenlerin yeterliliğini ve aradaki iletişim özelliklerini de kapsar. Bu nedenle hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelik hizmetlerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi ile bakım kalitesinin saptanmasında geri bildirim sağlamaktadır. Hasta ve yakınlarının beklenti ve önceliklerinin algılanması, geribildirimlerin değerlendirilerek sonuçların hastalara iletilmesi memnuniyeti etkileyen unsurların en önemlilerindedir Hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri hastaya ilişkin faktörler, hemşirelerle olan ilişkileri ve çevre ya da kuruma ilişkin faktörler olarak ele alınabilir.¹⁵⁷

2.2.4.1. Hastaya ilişkin Faktörler

İnsanların bir hizmetten etkilenmelerinin altında öncelikle geçmiş deneyimleri yatmaktadır. Bunun yanı sıra, duyulan ve görülenler de beklentilere yön vermektedir. Örneğin basında çıkan haberler kuruma karşı önyargıya sebep olabilmektedir. Yine hastaların memnuniyeti üzerinde demografik özelliklerin de etkisi mevcuttur. Cinsiyet ve yaş hastanın memnun olma seviyesine etki etmektedir. Eğitim seviyesi ve kültür düzeyine göre insanların beklentilerinin değiştiğini de söylemek doğrudur.

2.2.4.2. Hasta Memnuniyetinde Hemşirenin Rolü

Daha önce de belirtildiği gibi, hemşireler hastalarla en çok vakit geçiren sağlık çalışanlarıdır. Özellikle yatak istirahati önerilen hastaların gereksinimlerini karşılayabilmeleri için hemşirelere oldukça ihtiyaçları vardır. Hemşirenin hastaya yaklaşımı sevecen ve hoşgörülü olmalıdır. Hemşireler hastanın şikayetlerini dinlemeli ve hemşirelik tanısı koyarak bakımlarını gerçekleştirmelilerdir. Hemşirelik bakımı, hastanın iyileşme sürecini doğrudan etki

¹⁵⁷ M. Yılmaz, A.g.e, s.71.

eder. Hemşireler hastaların ihtiyaçlarına yardımcı olmakta, aynı zamanda morallerini yüksek tutmalarına da katkı sağlamaktadırlar.¹⁵⁸

2.2.4.3. Çevresel Faktörler

Hastaların hastane tercihlerinde ve aldıkları hizmetten memnun kalmalarındaki önemli etmenlerden biri de hastane ortamındaki çevresel faktörlerdir. Sağlık kurumunun kolay ulaşılır olması, otopark, kantin gibi hizmetlerin verilmesi, hastalara sunulan yemeklerin kaliteli ve diyetlere uygun olması, çevrenin temizliği gibi faktörler çevresel faktörlere örnek teşkil etmektedir.

2.2.5. Hemşire Hizmetlerinin Yeri ve Önemi

2007’de Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiş olan 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanuna göre “Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir.”¹⁵⁹ Tanımda görüldüğü gibi hemşireler yalnızca sağlık kurumlarında hastaların karşısına çıkmaz. Aşılama, evde bakım gibi tıbbi hizmetlerin verilmesinde de büyük etkileri mevcuttur. Bu sebeple hastalar, hatta onların çevresi ve sağlıklı bireyler ile de yakın ilişki ve etkileşim içindedirler. İyileşme sürecinin en yakın takipçisi konumundadırlar.

2.2.6. Hasta Memnuniyeti ve Bakım Kalitesi

Bakım kalitesini etkileyen çeşitli etmenler vardır. Bunlardan ilki ve en önemlisi sağlık kuruluşundaki koordinasyondur. Personel birbiri ile iletişim halinde olmalı, hem verimlilik hem de hasta memnuniyetini sağlama açısından iş bölümünü yapmalı ve makine ekipmanların iyi kullanılması gerekmektedir.

¹⁵⁸Abdurrahim Emhan ve Y. Bez, A.g.e, s.245.

¹⁵⁹5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Madde:4.

Bir diğerk önemli detay ise özellikle hemşirelik bakımı esnasında, sağlık personelinin deneyimli olması gerektiğidir. Bakım esnasında hastanın konforu göz önünde tutulmalı, hastanın özeline saygı duyulmalı, hastanın psikolojisine önem verilmelidir. Bakım yapacak personelin deneyimli olması, vakit kaybını ve oluşabilecek fizyolojik hasarları azaltacaktır. Bakımın ardından hastanın kendini iyi hissetmesi sağlanmış olacaktır. Hastanın tedavi sürecinin sona ermesi ile hastanın bilinç düzeyi artmış ve yaşam kalitesi yükselmiş olmalıdır. Tüm bu etmenler çok yönlü değerlendirilmelidir. Çünkü bakım kalitesi hastanın memnuniyet algısına doğrudan etki etmektedir.

2.2.7. Hasta Memnuniyeti ve Beklentilerin Karşlanması

Bakıma başlayan sağlık personelinin önceliğı hastanın ihtiyaçlarını belirlemek olmalıdır. Beklentiler kişiye göre değıştığı gibi aynı kişinin farklı durumlardaki beklentileri de değışim göstermektedir. Önceki bölümlerde hastaların beklentilerini etkileyen faktörlere değınilmiştir. Yapılan araştırmalar, beklentisi olmayan ve az bilgilendirilmiş hastaların daha çok memnun oldukları, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri fazla olan hastaların daha az memnun olduklarını göstermektedir.¹⁶⁰

Hastaların beklentilerini doğrudan etkileyen faktörler şu biçimde özetlenebilir:

- I. “Hastaların tıbbi gereksinimleri
- II. Mevcut ve diğerk sağlık örgütlerinden edinilen deneyimler
- III. Teknoloji ve çevre bilgisi
- IV. Eşlik eden kişilerin tavsiyeleri”¹⁶¹

3. HASTA HAKLARI VE HASTA MEMNUNİYETİ

Hastaların memnuniyet düzeylerine önem vermek verimlilik ve kaliteyi yükseltmek açısından hayati önem taşır. Memnun edilen bir hasta pek çok yönden

¹⁶⁰M. Yılmaz, A.g.e, s.71.

¹⁶¹M. Yılmaz, A.g.e, s.71.

daha mutlu olur ve iyileşme süreci buna bağlı olarak hızlanır. Memnun edilmeye çalışıldığını ve değerli olduğunu hissetmek, hastanın, hekim ve diğer sağlık personellerinin tavsiyelerine uymayı kolaylaştırmaktadır.

Hastaların temel haklarına, hastanın konu ile ilgili bilgisi olmasa dahi saygı duyulmalı ve bu hakları kullanması sağlanmalıdır. Tıbbi hizmet veren kurumlarda, hak, özgürlükler, kalite ve duyarlılık bir arada olmalı, hastaya en uygun tıbbi uygulamalar temiz ve teknolojik biçimde yapılmalıdır. Bunların sonucunda genel manada memnuniyet ortaya çıkacaktır.

3.1. Hasta Hakları Kavramı

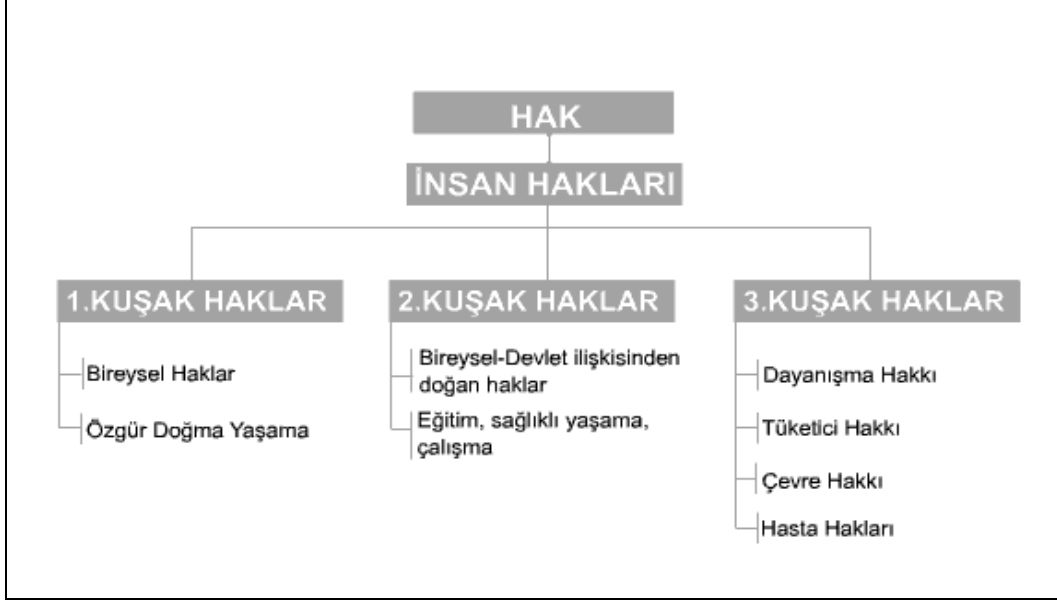
Hak, insan olmanın verdiği doğuştan getirdiği ve daha sonra hukuk düzeninin verdiği maddi-manevi yetkililerdir.¹⁶² İnsan hakları kavramı, Tüm insanların hak ve saygınlık açısından eşit, onurlu ve özgür doğduğu anlayışına dayanmaktadır¹⁶³ ve dünyanın tüm ülkelerinde geçerlidir.

Günümüzde insan hakları çeşitli olaylar sonucu alınan kararlar ile şekillenmiş ve son halini almıştır. Bu kararların en önemlileri, Amerikan Haklar Bildirgesi, Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Evrensel Bildirgesi ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesidir.

İnsan haklarının çeşitleri ve sınıflandırmaları ise aşağıda verilmiştir:

¹⁶² T.C Sağlık Bakanlığı, “Hasta Hakları Nedir?”, Tedavi Hizmetleri Genel MüdürlüğüHasta Hakları Şubesi, Ankara s.1.

¹⁶³T.C Sağlık Bakanlığı, A.g.e, s.1.



Şekil 11. Kazanımlara göre insan haklarının sınıflandırılmış durumu

Kaynak: T.C Sağlık Bakanlığı, “Hasta Hakları Nedir?”, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Şubesi, Ankara, s.3.

Hasta hakları, esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bir başka ifadeyle, insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşamda saygı görme gibi ilkeler hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır. Benzer şekilde, herkesin yeterli sağlık bakımı ile sağlığının korunması ve mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşması, temel insan hakları arasında bulunmaktadır. Günümüz hukuk düzeni içinde yerini alan ve her geçen gün artan bir önem kazanan hasta hakları; giderek karmaşıklaşan sağlık sisteminde insan onurunu ve bütünlüğü, yaşam hakkı gibi kutsal saydığımız insan haklarının hukuken korunmasını sağlamayı amaçlamaktadır.

3.2. Hasta Haklarının Belirlenmesi ve Korunması

Hasta Hakları 3.nesil haklar arasında olmasına rağmen oldukça önemlidir ve ülkeden ülkeye değişiklik göstermez. Her insanın doğduğu andan itibaren yaşadığı ortamda kullanma yetkisi olan hasta hakları, ülkemizde de sırf insan olmaları

hesabiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmıştır.¹⁶⁴

Temel hasta hakları şu biçimde özetlenebilir:

- I. Herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır.
- II. Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir.
- III. Herkes fiziksel ve zihinsel bütünlüğe sahip olma hakkına sahiptir.
- IV. Herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir.
- V. Herkes koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma ve en yüksek sağlık seviyesine kavuşma hakkına sahiptir.¹⁶⁵

Hasta Hakları yasal yollar ile güvence altına alınmış olup, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde faaliyet gösteren tüm sağlık birimleri bu haklara uymakla yükümlüdür.

3.3. Hasta ve Yakınlarının Hakları Konusunda Bilgilendirmesi

Hastalık durumunda bireyler psikolojik olarak da etkileneceklerinden dolayı haklarını anlamakta ve isteklerini dile getirerek haklarını kullanmada güçlük yaşayabilirler. Hastane ortamının insanlarda stres yarattığı da göz önüne alınırsa, içinde oldukları panik duygusunu anlamak kolaylaşacaktır. Bu sebeple hasta bireylerin ve yakınlarının haklarını öğrenmek ve uygulayabilmek adına yardıma ihtiyaçları olmaktadır.

Ülkemizde hasta hakları,

- I. “Anayasa (56.Madde)
- II. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (1960)
- III. Hasta Hakları Yönetmeliği(01.08.1998)

¹⁶⁴T. C Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği, 01.08.1998 Tarih ve 23420 Sayılı Resmi Gazete.

¹⁶⁵T.C Sağlık Bakanlığı, “Hasta Hakları Nedir?”, Tedavi Hizmetleri Genel MüdürlüğüHasta Hakları Şubesi, Hasta Hakları İlkeleri.

IV. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi(26.04.2005)¹⁶⁶ile düzenlenmiştir.

Buna göre, hastanenin poliklinik, diğer hizmet alanları ve kliniklerde hasta hakları ve sorumluluklarını tanıtıcı pano ve çerçeveler asılmalı, hasta hak ve sorumlulukları kitapçığı, hastane tanıtım broşürleri, bekleme salonları, yatan hasta katları gibi hastaların ulaşabilecekleri alanlardan temin edebilmeleri sağlanmalıdır.

3.4. Hasta ve Yakınlarının Başvuru, Dilek ve Önerilerinin Değerlendirilmesi

Hastaların ve çevrelerinin yaşadıkları sağlık sorunlarını çözmek için başvurduğu tıbbi merkezlerin içinde ve bu merkezleri denetleyen organlarda, karşılaştıkları sorunları gündeme getirerek yardım isteyebilecekleri merciler olmalıdır. Bu merciler vatandaşları dinlemeli, ortaya çıkan sorunları çözmeye çalışmalıdır.

Hastaların karşılaştığı sorunlar teknik problemler hatta ihmaller olabilmektedir. Bunların önüne geçerek diğer insanların da aynı sorundan etkilenmesi engellenmeli, hasta ve yakınlarının şikayet ve önerileri dikkatle incelenmelidir. Bu geri besleme sayesinde hasta memnuniyetini ve hizmette kaliteyi arttırmak amaçlanmalıdır.

4. KAMU HASTANELERİNDE ACİL HASTA SERVİSİNDE HASTA MEMNUNİYETİNE YÖNELİK LİTERATÜR TARAMASI

Hasta memnuniyeti ölçümü çalışmaları hem doktorlar, diğer sağlık çalışanları hem de hastalar için önemlidir. Çünkü doktorlar ve diğer sağlık sektörü çalışanları, hastalara uygulanan farklı tedavi ve yönetim biçimleri sonucunda nasıl cevaplar alınacağı bilmek istemektedirler. Ayrıca rekabet gücünü arttırıp pazarda sürekli hizmet verme gayretinde olan tüm kuruluşlar gibi sağlık kuruluşları da, hizmetlerinin kullanıcıları tarafından nasıl algılandığını ve ne derece memnun kaldığını

¹⁶⁶T.C Sağlık Bakanlığı, “Hasta Hakları Nedir?”, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Şubesi, Ankara s.12.

araştırmak, değerlendirmek ve bunların sonuçlarına göre hareket etmek zorundadırlar.

Bu sebeple hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri anlamak ve tıbbi hizmet veren sağlık kurumlarında kalite düzeyini arttırmak amacıyla çeşitli araştırmalar yapılmaktadır.

4.1. Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Çalışmalar

Bu bölümde çeşitli sınıflandırmalar ile sağlık kuruluşlarına yönelik hasta memnuniyeti çalışmalarına yer verilmektedir.

4.1.1. Kamu Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Çalışmalar

Hükümetler, vatandaşlarının sağlık haklarının güvence altına alınmasından sorumludur ve ülkenin ekonomik bakımdan bağımsızlığını, iş gücünü ve refahını sağlamak için koruyucu, önleyici ve tedavi edici sağlık sistemleri kurarlar. Sağlık kurumlarındaki çalışan personelin doyumu ve hastaların memnuniyetlerinin ölçümü için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalarda anketler hazırlanır ve istatistik bilgileri kullanılır.

Hasta memnuniyetine yönelik çalışmaların bir nevi hastaların dilek ve önerilerine kulak vermek olduğu düşünülmelidir. Muhammed Fatih Önsüz, Ahmet Topuzoğlu, ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışmada, İstanbul İli'nde yatmakta olan hastaların memnuniyet düzeyleri araştırılmıştır. Araştırma bir tıp fakültesi hastanesinde geçtiği için kamu kurumlarında memnuniyet düzeyini belirleme açısından oldukça önemlidir. Çalışma bulgularına göre, hastaların yüzde 64,5'i hastaneden genel olarak memnun olduğunu belirtmiştir.¹⁶⁷ Hastaların yüzde 84,6'sı gerekirse hastaneye yeniden başvurmayı düşündüklerini, yüzde 70,7'si de bir yakını için gerekirse hastaneyi tavsiye edeceklerini belirtmişler.¹⁶⁸

¹⁶⁷ Muhammed Fatih Önsüz, Ahmet Topuzoğlu, Utku Can Cöbek, Sercan Ertürk, Fatma Yılmaz, Selim Birol, (2008), "İstanbul'da bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyleri", Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt:21, Sayı:1, s.33-49 Dergiye Erişim için bkz: <http://www.marmaramedicaljournal.org/text.php3?id=453> Erişim Tarihi: 19.11.2014.

¹⁶⁸ Muhammed Fatih Önsüz, Ahmet Topuzoğlu ve diğerleri, A.g.e, s.46-47.

Tıp fakültesi ile ilgili yapılan çalışmalardan biri de “Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması” isimli çalışmadır¹⁶⁹. Bu çalışmada, genellikle hastaların demografik yapıları incelenmiştir. Hasta yakınlarının yüzde 67,3’ü kentsel, yüzde 32,7’si kırsal kesimden olduğu bilinen çalışmada, hastaların hastalık hakkındaki bilgiyi yüzde 68,3 oranında hekimden, yüzde 3,8 oranında hemşireden, yüzde 26,0 oranında hekim ve hemşireden ve yüzde 1,9¹⁷⁰ oranında diğer personelden aldığı ortaya çıkmıştır. Büyük çoğunluğu ilköğretim mezunu ebeveynlerden oluşan çalışmada hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün, hekimlerin çocuklara yaklaşımı olduğu ortaya çıkmıştır.¹⁷¹ Bu çalışmaları arttırmak mümkündür. Her çalışmada hasta beklentilerinin değişik olduğu gözlenmektedir. Bu sebeple, hasta memnuniyetinin sağlanmasının zorluğu ve bu konuda sürekli gelişim gösterilmesi gerektiği sonucuna varmak mümkündür.

4.1.2. Özel Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Çalışmalar

Yağcı ve Duman’ın 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada, Mersin ilinde devlet, özel ve üniversite hastanelerinde hastaların kaliteye bakış açılarını ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmişlerdir. Araştırmalarında kalite boyutları; muayene öncesi hizmetler, hekimlik hizmetleri, bireysel gereksinimlerin sağlanması, inceleme hizmetleri ve fiziksel görünüm olarak ortaya çıkarken, hizmet sıralamasında hastane türleri bakımından özel hastanelerin öncelikli olduğu, üniversite hastaneleri ikinci ve devlet hastaneleri ise üçüncü sırada yer aldığı bulunmuştur.¹⁷²

Kavuncubaşı’ya göre, karmaşık bir örgüt yapısına sahip özel hastanelerde, iletişim eksikliği, yetki ve sorumluluk dengesizliği, görev tanımlarının eksik yapılması, kararlara katılım eksikliği, yükselme imkânlarının yetersizliği,

¹⁶⁹Tahir Kemal Şahin, Hacer Bakıcı, Sezgin Bilban, Şaduman Dinçer, Müslim Yurtçu, Engin Günel, (2005), “Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması”, Genel Tıp Dergisi, Cilt:15, Sayı:4, s.137.

¹⁷⁰Tahir Kemal Şahin, Hacer Bakıcı ve diğerleri, A.g.e, s. 137.

¹⁷¹Tahir Kemal Şahin, Hacer Bakıcı ve diğerleri, A.g.e, s.140.

¹⁷²Eda Yaşa, (2012), “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması”, T.C. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı”, Doktora Tezi, s. 10-11.

çalışmaların ilgililerce yeterli derecede takdir edilmemesi, iş doyumsuzluğu, hizmet içi eğitim yetersizliği, etkin ekip çalışmasının uygulanamayışı, vb. nedenler örgütsel yapıda problemlerin oluşmasına sebep olmaktadır. Özel hastaneler bir taraftan örgütsel yapıda problemleri çözerek çalışan memnuniyetini sağlarken, diğer taraftan hasta memnuniyetine özen gösterip personel ve hasta arasında denge sağlamaya çalışmaktadırlar.¹⁷³

4.2. Acil Hasta Servisine Yönelik Çalışmalar

Acil servisler hasta memnuniyeti açısından en büyük önemi taşımaktadır. Çünkü burada hastanın ilk izlenimleri mevcuttur ve bekletilmesi kötü sonuçlar doğurabilmektedir. Acil servislerde hasta memnuniyeti açısından çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalardan biri, Fatih Esad Topal, Engin Şenel, Firdevs Topal ve Cem Mansuroğlu tarafından yapılmıştır. Çalışmanın amacı acil servislere başvuran hastaların memnuniyet düzeylerini ve demografik yapılarını incelemektir. Çalışmanın sonucunda hastaların ortalama 3'te birinin alınan hemşire hizmetinden memnun olmadığı¹⁷⁴, hastaların yaklaşık olarak yüzde 75'inin yapılan bilgilendirmeleri yeterli bulmadığı¹⁷⁵, ortalama yüzde 5'inin mahremiyetine saygı gösterilmediği ve çalışan sağlık personelinin tutumundan hoşlanmadığı¹⁷⁶ ortaya çıkmıştır.

Aşılıoğlu ve diğerlerinin çalışmasında ebeveynlerin sağlık çalışanlarından genel memnuniyet oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, eğitim düzeylerine göre acil servisten memnuniyet değerlendirildiği bu çalışmada, lise ve üniversite mezunu ebeveynlerde memnuniyet durumu daha düşük eğitilmiş gruba göre anlamlı derecede düşük düzeyde memnun olduklarını belirlenmiş ve neden olarak eğitim düzeyinin yükselmesiyle insanların beklentilerinin artacağı ve bunun da memnuniyeti ters oranda etkilemiş olabileceği ifade edilmiştir.¹⁷⁷

¹⁷³Eda Yaşa, A.g.e, s.11.

¹⁷⁴Fatih Esad Topal, Engin Şenel, Firdevs Topal, Cem Mansuroğlu, (2013), "Hasta Memnuniyeti Araştırması: Bir Devlet Hastanesinin Acil Kliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri", Cumhuriyet Tıp Dergisi, Sayı:35, s. 200-201.

¹⁷⁵Fatih Esad Topal, Engin Şenel, Firdevs Topal, Cem Mansuroğlu, A.g.e, s.203.

¹⁷⁶Fatih Esad Topal, Engin Şenel, Firdevs Topal, Cem Mansuroğlu, A.g.e, s.202.

¹⁷⁷Bahire Ulus, Gülümser Kublay, (2012), "PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması", Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:3, Sayı: 1, s.44-45.

4.3. Hasta Memnuniyetine Yönelik Çalışmalar

Günümüzde hasta memnuniyeti, diğer sektörlerde olduğu gibi müşteri memnuniyeti temeline dayandırılmaya başlanmıştır. Bu aşamada hastaların ve yakınlarının arzularının neler olduğunu anlamaya çalışmanın memnuniyet düzeyini arttırdığı kanısı yaygınlaşmıştır.¹⁷⁸ Hasta Memnuniyetine ilişkin olarak ilk yapılan çalışma 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmıştır. Bu çalışmada, hemşirelerin davranış biçimlerinin hastalar üzerindeki memnuniyet algısını nasıl değiştirdiği sorgulanmıştır.¹⁷⁹

Tengillimioğlu tarafından 2009 yılında yapılan bir araştırmaya göre özel hastanelerin sayısındaki artışın rekabeti tetiklediği ve hasta memnuniyetine yönelik çalışmalara ağırlık verildiği ortaya çıkmıştır.¹⁸⁰ Ulus ve Kublay tarafından yapılan çalışmada, çocuklarını hastaneye götüren ebeveynlerin memnuniyet düzeyleri araştırılmıştır. Çalışma Acıbadem Üniversitesi içinde, 2012 yılında tamamlanmıştır. Buna göre ebeveynler bilgilendirme düzeyi bakımından genel olarak memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Ancak çalışmada dikkat çeken önemli detay, memnuniyetin ebeveynlerin eğitim düzeyi ile yakından ilişkili olduğudur.¹⁸¹

Hasta memnuniyeti yalnızca hastaların algıladıkları memnuniyet düzeylerine bağlı değildir. Örneğin, Peltier doğum yapan kadınların ailelerinin memnuniyet düzeylerini araştırmıştır. 2002 yılında yapılan bu çalışmada, hasta ve sağlık hizmeti sağlayan kurum arasında hem sosyal, hem de yapısal bağlar oluştuğu sonucuna varılmıştır.¹⁸²

Dodston, hazırladığı doktora tezinde hastane yöneticilerinin tutumlarının hastalara nasıl etki ettiğini gözlemlemiştir. Uygulamada taburcu olmak üzere olan hastalara anket uygulaması yapılmış, yöneticiler tarafından huzurlu çalışma

¹⁷⁸ Eda Yaşa, A.g.e, s.2.

¹⁷⁹ Seda Hastaoğlu (2007), *Dâhili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

¹⁸⁰ Eda Yaşa, A.g.e, s.4.

¹⁸¹ Bahire Ulus, Gülümser Kublay, A.g.e, s.49-51.

¹⁸² Eda Yaşa, A.g.e, s.32.

ortamının sunulduğu hastanelerde hastam memnuniyetinin pozitif yönlü değiştiği gözlemlenmiştir.¹⁸³

Hasta memnuniyetine etki eden faktörler ile ilgili yapılan araştırmalar aşağıda Tablo 5’te özetlenmiştir.

Tablo 5. Hasta Memnuniyeti ile ilgili Yapılan Çalışmalar

Yazar adı	Yılı	Çalışmanın Amacı	Uygulama alanı	Uygulanan yöntem	Analiz bulguları
Muhammed Fatih Önsüz, Ahmet Topuzoğlu vd.	2008	İstanbul İl’inde yatmakta olan hastaların memnuniyet düzeyleri	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Yüz Yüze gözlem altında anket tekniği	Araştırmaya katılanların % 64.5’i hastaneden memnun olduğunu, %42.2’si hastaneyi tercih etmelerindeki en sık neden sosyal güvence ve sevk olduğunu, Hastaların % 84.6’sı gerekirse hastaneye yeniden başvurmayı düşündüklerini, % 70.7’si de bir yakını için gerekirse hastaneyi tavsiye edeceklerini belirtmiştir.
Tahir Kemal Şahin, Hacer Bakıcı vd.	2005	Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması	Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisi	Yüz Yüze gözlem altında anket tekniği	Hasta yakınlarının % 67.3’ü kentsel, % 32.7’si kırsal kesimden olduğu bilinen çalışmada, hastaların hastalık hakkındaki bilgiyi % 68.3 oranında hekimden, % 3.8 oranında hemşireden, % 26.0 oranında hekim ve hemşireden ve % 1.9 oranında diğer personelden aldığı ortaya çıkmıştır.

¹⁸³Eda Yaşa, A.g.e, s.36.

Eda Yaşa	2012	Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması	Adana'da Hastaneler	Anket Yöntemi ve Faktör Analizi	Özel Hastanelerde memnuniyet düzeyinin daha fazla olduğu, üniversite hastanelerinde randevu almanın uzun zaman almasından dolayı hastaların şikayetçi olduğu ortaya çıkmıştır. Devlet hastanelerinde hekim ve hastanın yeterince vakit geçiremediği düşünülmektedir.
Fatih Esad Topal, Engin Şenel, Firdevs Topal, Cem Mansuroğlu	2013	Hasta Memnuniyeti Araştırması: Bir Devlet Hastanesinin Acil Kliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri	Çankırı Devlet Hastanesi	440 hasta üzerinde yüz yüze anket uygulaması	Anket sonuçlarına göre acil servisimizin fiziki koşullarından hastaların yaklaşık %95'i ve genel olarak hastane acilinden hastaların yaklaşık %97'si memnun olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak, hastaların yaklaşık olarak %75'inin yapılan bilgilendirmeleri yeterli bulmadığı ¹⁸⁴ , ortalama %5'inin mahremiyetine saygı gösterilmediği ve çalışan sağlık personelinin tutumundan hoşlanmadığı da görülmektedir.
Dilaver Tengimiloğlu	2009	Sağlık İşletmeleri Yönetimi	Ankara, Gazi Üniversitesi	Karşılaştırmalı Analiz	Özel Sağlık Kuruluşlarının artması neticesinde rekabet de artmış, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetine verilen önem artmıştır.

Bahire Ulus ve Gülümser Kublay	2012	PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması	İstanbul, Acıbadem Üniversitesi	PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği	“PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği”nin çocuk hastanesinden hizmet alan ebeveynlerin memnuniyet durumlarını ölçmede Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir (a =.93). Ebeveynlerin aldıkları hizmetlerden genel memnuniyetin yeterli düzeyde olduğu, ancak duygusal destek alabilme, iletişim ve bilgilendirme alanlarında memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir
Peltier	2002	Hasta Memnuniyetinin yaşam doyumuna etkisi	Marketing Health Sciences Dergisi, A.B.D	Karşılaştırmalı Analiz	Hasta ve sağlık hizmeti sağlayan kurum arasında hem sosyal, hem de yapısal bağlar oluştugu sonucuna varılmıştır.
Dodson	1996	Hastaneler-de tedavi gören hastaların, memnuniyet düzeylerine hastane yöneticilerinin hizmet kalitesi değerlerinin etkisi	Nova Southeastern University A.B.D	Pyzdek Ölçeği ve Anket Uygulaması	Yöneticilerin tutumlarının hastanede ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların memnuniyetlerini doğrudan etkilediği görülmüştür. Yöneticilerin sağladığı huzurlu çalışma ortamı personelin hastaları daha iyi anlamaya yönelik çabalarının artmasına neden olmaktadır.

5. GELİŞMİŞ VE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE SAĞLIK KURULUŞLARINDA HASTA MEMNUNİYETİ

Son yıllarda sağlık sisteminde büyük değişimlerin her yerde yaşandığı görülmektedir. 1980’li yıllardan itibaren sağlık politikalarında önemli reformlar gündeme gelmiş, son zamanlarda ise bu değişim yeniden hız kazanmıştır.

Günümüzde halkın kamu ve özel sağlık kuruluşlarından sınırsız ve sistematik olarak yararlandırılması, kaliteli sağlık bakımı hizmeti, bilgi teknolojisinin sağlık sistemine uygulanması, hasta güvenliği, müşteri memnuniyetinin öncelikli olarak yer alması gibi çalışmalar artarak devam etmektedir. Bu bölümde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyetine değinilecektir.

5.1. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk olarak 1956 yılında ABD’de hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. Son yirmi yıldır gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin önemli bir kriteri olarak değerlendirilmektedir.

5.1.1. Almanya

Daha önce de belirtildiği gibi Almanya’da sağlık hizmetleri sosyal devletin bir parçasıdır ve tüm vatandaşlar eşit haklara sahiptir. Zorunlu sigortalar mevcuttur ve giderler devlet tarafından karşılanır. Yapılan araştırmalarda Almanya içinde yaşayan insanların ortalama yüzde 30’unun tıbbi hizmetleri mükemmel olarak değerlendirdiği ortaya çıkmıştır. İnsanların ortalama yüzde 40’ı, bekleme sürelerinin fazla olduğundan şikâyetçidir.¹⁸⁵ Bu araştırmalar, devletin sağlık hizmetleri yönetimi konusunda yeni arayışlara girerek, kaliteyi arttırması için referans niteliği taşımaktadır.

5.1.2. İngiltere

İngiltere’de uygulanan aile hekimliği uygulaması hastanelerde yığılmalar yaşanmasının önüne geçmektedir. Bu sayede hastaların rutin kontrolleri de

¹⁸⁵Mustafa Taşlıyan ve Sibel Gök, (2012), “Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta bir Alan Çalışması”, iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/5_0.pdf, s.69-94.

yapılmakta, aile geçmişi gibi bilgiler de kayıt altına alınabilmektedir. Vatandaşların ortalama yüzde 70'i sağlık sistemlerinden memnun olduklarını belirtmektedirler.¹⁸⁶

5.1.3. Fransa

Fransa'da en önemli vatandaşların hepsinin sağlık kurumlarına eşit şekilde erişimleri hakkında uygulamalar mevcuttur ve bireyler devletin sağlık güvencesi altındadır. Konu ile ilgilenen kurum olan Yüksek Sağlık Kurumu, ülkedeki sağlıkla ilgili hizmetler üzerine sürekli araştırmalar yaparak çalışmalarına yön vermektedir.

Dünyada en çok hasta memnuniyeti sağlanan ülkelerden biri de Fransa'dır¹⁸⁷. Fransa'da hastalar herhangi bir pratisyen ya da uzman hekime, hastanede veya özel klinikte, sevk edilmeden de muayene olabilmektedir. Hastalar kendi tercihlerine göre özel ya da kamu hastanesinde yatabilmekte, hastanelere ücretsiz olarak doğrudan başvurabilmekte ve aynı gün randevu alabilmektedirler. Ancak halkın eğitim düzeyinin gelişmiş olması, gereksiz olarak sağlık kurumlarının meşgul edilmesinin önüne geçmekte ve yığılmaları, uzun süre beklemeleri engellemektedir.

5.1.4. İsviçre

Yaşam kalite standartları bakımından en yüksek seviyelerde olan ülkede gelir düzeyi de oldukça yüksektir. İnsanların eğitim seviyeleri de oldukça yüksek olan ülkede, hastaların beklentileri de aynı oranda yüksektir. Ülkedeki sağlık sistemi genellikle ücretli hizmetlere dayanmaktadır ve oldukça pahalıdır. Sağlık sigortası zorunlu değil, isteğe bağlı olarak yaptırılmaktadır. Ancak yapılan araştırmalara bakıldığında, vatandaşların yüzde 90'nının sağlık sistemlerinden ve aldıkları sağlık hizmetlerinden çok memnun olduğu görülmektedir.¹⁸⁸

5.1.5. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Amerika Birleşik Devletleri, insan hakları ve sağlık hakları alanında ilk çalışmaların yapıldığı ülkelerden biridir. Memnuniyeti ölçmeye dayalı çalışmalar da

¹⁸⁶Mustafa Taşlıyan ve Sibel Gök, A.g.e, s.71.

¹⁸⁷ Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, Dünyada Sağlık Sistemleri, A.g.e, s.62.

¹⁸⁸ Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, Dünyada Sağlık Sistemleri, A.g.e, s.65.

geçmişten günümüze ülkede sıklıkla yapılmaktadır ve ülkedeki federal yönetim bu çalışmaların sonuçlarına göre sağlık politikalarını gözden geçirmektedir.

Ülkede sağlık sistemlerinin eyaletlerde farklılık göstermesi ve federal devletin sağlık güvencesi bakımından insanları zorunlu bırakmaması, özellikle gelir düzeyi düşük bireylerin hizmet alımında sorunlar yaşamasına yol açmaktadır. İnsanlar aldıkları hizmeti kaliteli bulmakta ancak ücretlerini yüksek görmektedirler.¹⁸⁹ Ülkede işsizlik yüksek olduğundan, sağlık sisteminde zorunlu sigorta uygulamaları getirmek durumu düzeltmek açısından faydalı olacaktır.

5.2. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti

Gelişmekte olan ülkelerde özellikle son 30 yılda sağlık sistemleri üzerindeki çalışmalar da artış göstermektedir. Bu ülkelerin yönetimleri ekonomik olarak refaha çıkmanın en önemli unsurlarından birinin de halk sağlığının seviyesini yükseltmek olduğunu fark etmişlerdir. Diğer yandan, demografik ve epidemiyolojik değişiklikler ile tıbbi teknolojilerin artan maliyeti, kişi başına gelir bakımından heterojen yapıdaki kalkınmakta olan ülkeleri, bir sağlık sistemi geliştirmeleri yönünde zorlamaktadır.¹⁹⁰ Bu bölümde gelişmekte olan bazı ülkelerde yapılan araştırmaların sonucunda insanların aldıkları sağlık hizmetlerinden memnun olup olmadıkları araştırılmaktadır.

5.2.1. Brezilya

Yönetim bakımından eyaletlere bölünmüş olan ülkede, sağlık hizmetleri yönetimi de bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Bölgesel farklılıkların olması dolayısıyla genel bir sağlık memnuniyetinden bahsetmek de zordur. Ülkede ekonomik istikrar olmaması, kimi zaman işsizlik oranlarının artmasına sebep olabilmektedir. Bu sebeple de sağlık alanında da sağlık sigortası olmayan bireyler

¹⁸⁹Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, Dünyada Sağlık Sistemleri, A.g.e, s.6.

¹⁹⁰Meliha Ener ve Nazan Yelkikalan, (2003), “*Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi*”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:2, Sayı: 6, s. 99-100.

için yeni ödemeler çıkabilmektedir. İnsanların en çok şikayetçi olduğu konu bu durumdur.¹⁹¹

5.2.2. Küba

Ülkedeki sosyal devlet sayesinde her vatandaş eşit haklara sahiptir. Ülke içinde mahallelere yayılmış olan aile hekimleri sebebi ile hastalar istedikleri zaman sağlık hizmeti alabilmektedirler. Ülkede sağlık alanındaki en önemli sorun teknolojileri yakından takip edememek ve yetersiz hekim sayısıdır. Ancak, aile hekimleri hastanelerde yığılmaların önüne geçmekte ve ihtiyacı olan hastaları rutin olarak evlerinde kontrol etmektedirler. Bu durum hastaların memnuniyet derecesini önemli ölçüde arttırmaktadır.¹⁹²

5.2.3. Hindistan

Ülkedeki en önemli sorun sağlık kurumlarının eşit dağılmamasıdır. Eğitim seviyesi yüksek olan her birey gibi, hekim ve hemşireler de kırsal kesimlerde yaşamak istememektedirler. Bu sebeple kırsaldaki insanların tıbbi gereksinimleri yeterince karşılanamamaktadır. Bu durum ülkedeki sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin memnuniyet oranlarını oldukça düşürmektedir.¹⁹³ Gelir düzeyinin eşit olmaması ve üniversite hastaneleri dışında yeterli teknolojik donanımın bulunmaması, ayakta tedavi veren kurumlardaki hekim sayısının azlığı da memnuniyet derecesini düşüren diğer önemli faktörler arasında gösterilebilir.

5.2.4. Malezya

Malezya yönetimi, ülkenin gelişmişlik düzeyinin sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılmasıyla mümkün olduğunun bilincindedir. Bu sebeple ülkedeki sağlık sistemi de oldukça gelişmiştir.

Abd Manaf'ın yaptığı bir araştırmada, yatarak ve ayakta hizmet veren kamu hastanelerinde hasta memnuniyetinin düzeyi analiz edilmiştir. Araştırmada, sunulan

¹⁹¹ Meliha Ener ve Nazan Yelkikalan, A.g.e, 110.

¹⁹² Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, Dünyada Sağlık Sistemleri, A.g.e, s.70.

¹⁹³ Goyal M., ve diğerleri, (2002), *Economic and Health Consequences of Selling a Kidney in India*, The Journal of the American Medical Association, October, <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195344> Erişim Tarihi: 11.11.2014.

servisin fiziki ve klinik servisi boyutları olduğu ve hastaların hizmetlerin her iki boyutundan da memnun kaldığı belirlenmiştir.¹⁹⁴

Ülkede sağlık alanında insanlara eşit hizmet verilmesi ve hasta hakları konusundaki yapılan çalışmalar meyvelerini vermiş ve halkın memnuniyet düzeyini arttırmıştır.¹⁹⁵ Nüfusun yoğun olduğu bölgelerde bile halkın fazla beklemediği, yığılımaların olmadığı gözlemlenmektedir.

¹⁹⁴Meliha Ener ve Nazan Yelkikalan, A.g.e, 110.

¹⁹⁵Babar Z., Ibrahim M., Singh H. Bukahri N., ve Creese A., (2007), *Evaluating Drug Prices, Availability, Affordability, and Price Components: Implications for Access to Drugs in Malaysia*, PLOS Medicine Journey, March 2007, 27(10), <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040082> Erişim Tarihi:19.11.2014.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TEKİRDAĞ MALKARA DEVLET HASTANESİ ACİL SERVİSİNDE HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmanın temel amacı hasta memnuniyetini etkileyen ana faktörlerin neler olduğunu bulmak, bunu hastanelerin yönetimleri ve hastaların demografik özellikleri ile ilişkilendirerek sağlık sektöründe daha verimli çalışmaların nasıl yapılabileceğini sorgulamaktır. Çalışmamız bu nedenle farklı cinsiyetler ve farklı eğitim düzeylerini içeren hastalar üzerindeki uygulama ile sonuçlandırılmıştır. Son bölümde uygulamalar ile elde edilen bulgular ile literatürdeki veriler kıyaslanacak, Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesi'ne ait acil serviste memnuniyeti arttırmak için neler yapılabileceği sorusuna yanıt aranacaktır. Bu hastanede yapılabilecekler, hemen hemen tüm devlet hastaneleri acil servisleri için örnek teşkil etmektedir.

2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Son yıllarda yapılan mevzuat değişiklikleri, özellikle acil servislerdeki yığılmaların önüne geçmek ve buraların daha modern olmasını sağlamak amacını taşımakta, aynı zamanda vatandaşların tamamına eşit hizmet verilmesini, herkesin ulaşımının kolaylıkla sağlanabilmesini planlamaktadır. Tüm bu uğraşlar, sağlık sektöründe hastaların memnuniyetini arttırmak, devlet hastaneleri ile ilgili ön yargıları kaldırmak ve hastaların acil olma konusundaki bilinçliliklerini arttırarak sağlık sektörünü daha bilimsel ve ekonomik yönden rahat hale getirmek içindir. Daha kaliteli hizmet vermek için yapılan çalışmaların neticesinde, hastaların bu durumdan ne kadar memnun kaldığının sorgulanması, atılacak yeni adımlara ışık olacak, Türk Sağlık Sistemi'nin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Özellikle devlet hastanelerinin acil servisleri ile ilgili olarak basında çıkan olumsuz haberler, yetersiz personel ve yetersiz cihaz olduğunu düşünen halkın fikrini

değiştirmek için bir fırsat niteliğinde olan memnuniyet araştırmaları, hastanelerin yöneticileri için doğrudan bir bilgi kaynağı niteliğindedir.

Hastaların en fazla hangi durumlardan ve hizmetlerden memnun kaldığıının bilinmesi ve memnun olunmayan alanların keşfedilmesi sağlık hizmetlerinde iyileştirmelerin temelini oluşturmaktadır.

3. SINIRLILIKLAR

Çalışmamızda düzenlenen ankette sorulara verilen yanıtların açıklığı ve içtenliği çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Diğer yandan hastaların o anki hastanede olma psikolojisi de bir başka sınırlılık olarak ele alınabilir. Hastalar ve yakınları, sağlık kurumları hakkında yorum yaparken genellikle o an beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığına göre fikir yürütmekte, cevaplar genel olamamaktadır.

4. VARSAYIMLAR

Bireylerin tüm soruları yeterli vakitte, anlayarak okuduğu ve içtenlikle yanıt verdikleri, araştırma sorularına objektif olarak yaklaştıkları, empati yeteneklerini kullanabildikleri varsayılarak anketler uygulanmıştır. Tüm bunların yanı sıra yapılan analiz sonuçlarında bulguların en doğru sonucu verebilmesi için olabildiğince çok kişi üzerinde uygulama yapılmış bunların istatistiğine göre genel durum incelenmiştir. Hipoteze göre, özellikle gelişmiş ülkelerin sağlık politikaları ve sağlık hizmeti veren kurumlar için gerçekteştirdikleri yaptırımlar hastaların memnuniyetini arttırmaktadır. Bu nedenle ülkemizde de sağlık alanında yasal düzenlemeler yapılmalıdır, bir diğer hipotez ise sağlık kurumları ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin toplusal sağlıklılık halini arttıracacağı şeklindedir. Yine buradan, yapılan yasal düzenlemeler ile toplumun kendini ne kadar sağlıklı hissettiği hakkında yorum yapılabilir. Bir diğer hipotez ise özellikle devlet hastanelerinde hasta memnuniyetinin son yıllarda değişmediği, oranların yaklaşık değerlerde kaldığı yönündedir. Bu nedenle bir devlet hastanesinin acil servisine başvuran hastaların konu ile ilgili görüşleri alınarak önceki araştırmalar ile kıyaslama yapmak gerekliliği ortaya çıkmıştır.

5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Çalışmada çeşitli eğitim ve gelir düzeylerine sahip toplam 119 kişi üzerinde anket uygulaması yapılmış ve hastane acil servisinden aldıkları hizmetten memnuniyet düzeyleri hakkında istatistiksel tablolar hazırlanmıştır. Soruların tamamı kişileri tanımaya ve memnun oldukları/olmadıkları konuları saptamaya yönelik olup, memnuniyet düzeyleri ile ilgili kişisel özellikler ve hastane hakkındaki genel fikirler ile ilişkilendirilmeye çalışılmıştır.

6. VERİLERİN ANALİZİ

Yapılan anketlerin sonuçları Mann-Whitney ve Kruskal Wallis Testlerine göre tablolaştırılmış, bu tabloların yorumlanması sağlanmıştır.

Çalışma tamamen objektif biçimde hastaların ve yakınlarının hastane memnuniyet düzeylerini ölçmek ve bunu literatürdeki memnuniyeti belirleyen unsurları ilişkilendirmek üzere tasarlanmış, uygulanmış ve yorumlanmıştır.

7. BULGULAR

7.1. Demografik Özelliklere Ait Bulgular

Demografik bulgular, araştırmaya dâhil olan katılımcıların özelliklerinin sınıflandırılmasına ve bu özelliklerin oranlarının elde edilmesine yardımcı olur.

Tablo 6. Hastaneye Gelen Bireylerin Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Tablosu

Demografik Özellikler	Değişkenler	Frekans	Yüzde%
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	53	44,5
	<i>Erkek</i>	66	55,5
Medeni Durum	Evli	89	74,8
	Bekâr	30	25,2
Öğrenim Durumu	<i>Okuryazar Değil</i>	1	,8
	Okuryazar	1	,8
	İlkokul/Ortaokul	28	23,5
	Lise ve dengi okul	42	35,3

	Üniversite ve üstü	47	39,5
Sosyal Güvenceniz	SGK Çalışanı	65	54,6
	SGK Emekli	13	10,9
	Yeşil Kart	6	5,0
	Özel Sağlık Sigortası	11	9,2
	Sosyal Güvencesi Yok	6	5,0
	Diğer	18	15,1
	Hastaneye İlk Başvurunuz mu?	Evet	33
	Hayır	86	72,3
Toplam		119	119

Araştırmaya katılan kişilerin yüzde 44,5'i kadınlardan yüzde 55,5'i erkeklerden oluşmaktadır. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun erkeklerden oluştuğu tablo 6'dan anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin yüzde 74,8'i evli iken yüzde 25,2'si bekârdır. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun medeni durumunun evli olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarının yüzde 0,8'inin okuryazar olmadığı, yine yüzde 0,8'inin okuryazar olduğu, yüzde 23,5'inin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, yüzde 35,3'ünün lise mezunu olduğu ve son olarak yüzde 39,5'inin üniversite ve üstü mezunu olduğu görülmektedir. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun eğitim durumunun üniversite mezunu olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin yüzde 54,6'sının sosyal güvencesinin SGK çalışanı, yüzde 10,9'nun sosyal güvencesinin SGK emeklisi, yüzde 5'nin sosyal güvencesinin yeşil kart, yüzde 9,2'sinin sosyal güvencesinin özel sağlık sigortası ve son olarak yüzde 15,1'nin sosyal güvencesinin diğer durumlar olduğu görülmektedir. Birde araştırmaya katılan bireylerin yüzde 5'nin sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun sosyal güvencesinin SGK çalışanı olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin yüzde 27,7'sinin hastaneye ilk başvurusu olduğu görülmekte ve yüzde 72,3'ünün hastaneye ilk başvurusu olmadığı görülmektedir. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun kamu hastanelerine ilk başvurusu olmadığı söylenebilir.

Tablo 7. Öğrenim Durumu Değişkeni İle Sosyal Güvencesi Değişkeni Arasındaki Duruma İlişkin Çapraz Tablo

		Sosyal güvenciniz						Toplam
		SGK Çalışan	SGK Emekli	Yeşil Kart	Özel Sağlık Sigortası	Sosyal güvencesi yok	Diğer	
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	1	0	0	0	0	0	1
	Okuryazar	0	0	1	0	0	0	1
	İlkokul/Ortaokul	10	6	4	0	1	7	28
	Lise ve dengi okul	29	5	1	2	3	2	42
	Üniversite ve üstü	25	2	0	9	2	9	47
Toplam		65	13	6	11	6	18	119

Tablo 7'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerden ilkokul/ortaokul mezunu olan 10 kişinin ve üniversite mezunu olan 25 kişinin sosyal güvencesinin SGK çalışanı olduğu söylenebilir. Özel sağlık sigortası olan 9 kişinin ise üniversite mezunu olduğu söylenebilir. Son olarak araştırmaya katılan bireylerden sosyal güvencesi olmayan 3 kişinin ise lise ve dengi okul mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Medeni Durumu Değişkeni İle Sosyal Güvencesi Değişkeni Arasındaki Duruma İlişkin Çapraz Tablo

		Medeni durum		Toplam
		Evli	Bekâr	
Sosyal güvenceniz	SGK Çalışan	48	17	65
	SGK Emekli	11	2	13
	Yeşil Kart	6	0	6
	Özel Sağlık Sigortası	9	2	11
	Sosyal güvencesi yok	2	4	6
	Diğer	13	5	18
Toplam		89	30	119

Tablo 8’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan 89 evli bireyden 48 bireyin SGK çalışanı olduğu, 11 bireyin SGK emeklisi olduğu, 6 bireyin yeşil kartlı olduğu, 9 bireyin özel sağlık sigortası olduğu, 13 bireyin diğer sağlık güvencesi olduğu ve 2 bireyin ise sağlık güvencesi olmadığı söylenebilir. Yine araştırmaya katılan 30 bekâr bireyden 17 bireyin SGK çalışanı olduğu, 2 bireyin SGK emeklisi olduğu, 2 bireyin özel sağlık sigortası olduğu, 5 bireyin diğer sağlık güvencesi olduğu ve 4 bireyin ise sağlık güvencesi olmadığı söylenebilir.

Tablo 9. Cinsiyet Değişkeni İle Kamu Hanelerine İlk Başvurusu Olup Olmadığına Yönelik Değişken Arasındaki Duruma İlişkin Çapraz Tablo

		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
Başvuru	Evet	11	22	33
	Hayır	42	44	86
Toplam		53	66	119

Tablo 9’da görüldüğü üzere araştırmaya katılan 11 kadının kamu hastanelerine ilk başvurusu olduğu görülmekte, 42 kadının ise kamu hastanelerine ilk başvurusu olmadığı görülmektedir. Yine araştırmaya katılan 66 erkeğin 22’sinin

kamu hastanelerine ilk başvurusu 44'ünün ise kamu hastanelerine ilk başvurusu olmadığı söylenebilir.

7.2. Güvenilirlik Analizi

Araştırmada yer alan soruların aralarında tutarlı olup olmadığını ve araştırmayı nasıl etkilediğini ölçmek amacıyla yapılan testtir.

Tablo 10. Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Cronbach's Alpha	Maddelerin Sayısı
.900	10

Tablo 10'da görüldüğü üzere araştırmada yer alan sorulara ilişkin güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach's alpha değeri 0,900 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırmada kullanılan ölçeğin yaklaşık olarak %90 güvenilirliğe sahip olduğu görülmektedir. Yani ölçek araştırmayı çok yüksek düzeyde iyi temsil etmekte ve soruların kendi aralarında oldukça tutarlı olduğu görülmektedir.

7.3. Değişkenler Arası İlişkinin İncelenmesi

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için ilk önce yapılması gereken çalışma değişkenlerin varsayımları sağlayıp sağlamadığının incelenmesidir. Eğer değişkenler normallik varsayımlarını sağlıyorsa değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için parametrik testler kullanılmalıdır, varsayımların sağlanmadığı durumda ise parametrik olmayan testlerin kullanılması uygun olacaktır.

Bireylerin Kamu Hastanelerinde Bulunan Acil Servisteki Hasta Memnuniyeti İle Kamu Hastanelerine İlk Başvurusu Olup Olmadığına Yönelik İlişkinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan bireylerin kamu hastanelerine ilk başvurusu olup olmadığı ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisindeki hasta memnuniyetine ait yöneltilen sorulara verilen cevaplar arasındaki ilişki örnek çapı küçük olduğu ve cinsiyet değişkeni iki alt boyuta sahip olduğu için ilişkinin incelenmesinde daha doğru sonuçlar vereceği düşünülen mann-whitney u testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için araştırma hipotezlerini şu şekilde kurmak mümkündür:

H_0 : Bireylerin kamu hastanelerine ilk başvurusu olup olmadığı ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur.

H_1 : Bireylerin kamu hastanelerine ilk başvurusu olup olmadığı ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.

Tablo 11. Mann-Whitney Test

	Hasta memnuniyeti
Mann-Whitney U	1294.000
Wilcoxon W	1855.000
Z	-.746
Asymp. Sig. (2-tailed)	.455

a Grup Değişkeni: Başvuru

Tablo 11’de görüldüğü üzere sig. değeri=(.455) $>$ $\alpha=0.05$ olduğundan H_0 hipotezi ret edilemez. Yani bireylerin kamu hastanelerine ilk başvurusu olup olmadığı ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur. Sonuç olarak bireylerin kamu hastanelerine ilk başvurusu olup olmaması kamu hastanelerindeki acil servis memnuniyeti düşünceleri üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir.

Bireylerin Cinsiyeti İle Kamu Hastanelerinde Bulunan Acil Servisteki Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyeti ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisindeki hasta memnuniyetine ait yöneltilen sorulara verilen cevaplar arasındaki ilişki örnek çapı küçük olduğu, değişkenimizin normal dağılımdan gelmediği ve cinsiyet değişkeni iki alt boyuta sahip olduğu için ilişkinin incelenmesinde daha doğru sonuçlar vereceği düşünülen mann-whitney u testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için araştırma hipotezlerini şu şekilde kurmak mümkündür:

H_0 : Bireylerin cinsiyeti ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur.

H_1 : Bireylerin cinsiyeti ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.

Tablo 12. Mann-Whitney Test

	Hasta memnuniyeti
Mann-Whitney U	1604.500
Wilcoxon W	3035.500
Z	-.777
Asymp. Sig. (2-tailed)	.437

a Grup Değişkeni: Cinsiyet

Tablo 12’de görüldüğü üzere sig. değeri=(.437) $>$ $\alpha=0.05$ olduğundan H_0 hipotezi ret edilemez. Yani bireylerin cinsiyeti ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur. Sonuç olarak bireylerin cinsiyetinin kamu hastanelerindeki acil servis memnuniyeti düşünceleri üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir.

Bireylerin Medeni Durumu İle Kamu Hastanelerinde Bulunan Acil Servisteki Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumu ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisindeki hasta memnuniyetine ait yöneltilen sorulara verilen cevaplar arasındaki ilişki örnek çapı küçük olduğu, değişkenimizin normal dağılımdan gelmediği ve medeni durum değişkeni iki alt boyuta sahip olduğu için ilişkinin incelenmesinde daha doğru sonuçlar vereceği düşünülen mann-whitney u testi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için araştırma hipotezlerini şu şekilde kurmak mümkündür:

H_0 : Bireylerin medeni durumu ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur.

H_1 : Bireylerin medeni durumu ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.

Tablo 13. Mann-Whitney Test

	Hasta memnuniyeti
Mann-Whitney U	1158.500
Wilcoxon W	5163.500
Z	-1.087
Asymp. Sig. (2-tailed)	.277

a Grup Değişkeni: Medeni durum

Tablo 13'te görüldüğü üzere sig. değeri=(.277) $>$ $\alpha=0.05$ olduğundan H_0 hipotezi ret edilemez. Yani bireylerin medeni durumu ile kamu hastanelerinde bulunan acil servis ile ilgili hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur. Sonuç olarak bireylerin medeni durumunun kamu hastanelerindeki acil servis memnuniyeti düşünceleri üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir.

Bireylerin Öğrenim Durumu İle Kamu Hastanelerinde Bulunan Acil Servisteki Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Normallik varsayımı incelendiğinde değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği anlaşılmaktadır ve öğrenim durumu değişkeni de üçten fazla boyuta sahip olduğu için burada uygulanması gereken test Kruskal Wallis H testi olarak belirlenmiştir.

H_0 : Bireylerin öğrenim durumu ile kamu hastanelerinde bulunan acil servis ile ilgili hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur.

H_1 : Bireylerin öğrenim durumu ile kamu hastanelerinde bulunan acil servis ile ilgili hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.

Tablo 14. Kruskal Wallis Test İstatistikleri

	Hasta memnuniyeti
Chi-Square	5.350
Df	4
Asymp. Sig.	.253

a Kruskal Wallis Test

b Grup Değişkeni: Öğrenim durumu

Tablo 14'te görüldüğü üzere sig. değeri=(.253) $>$ $\alpha=0.05$ olduğundan H_0 hipotezi ret edilemez. Yani bireylerin öğrenim durumu ile kamu hastanelerinde bulunan acil servis ile ilgili hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur. Sonuç olarak bireylerin öğrenim durumunun kamu hastanelerindeki acil servis memnuniyeti düşünceleri üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir

Bireylerin Sosyal Güvencesi İle Kamu Hastanelerinde Bulunan Acil Servisteki Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Normallik varsayımı incelendiğinde değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği anlaşılmaktadır ve sosyal güvence değişkeni de 3'den fazla boyuta sahip olduğu için burada uygulanması gereken test Kruskal Wallis H testi olarak belirlenmiştir.

H_0 : Bireylerin sosyal güvencesi ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur.

H_1 : Bireylerin sosyal güvencesi ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.

Tablo 15. Kruskal Wallis Test İstatistikleri

	Hasta memnuniyeti
Chi-Square	1.619
Df	5
Asymp. Sig.	.899

a Kruskal Wallis Test

b Grup Değişkeni: Sosyal güvenceniz

Tablo 15'de görüldüğü üzere sig. değeri=(.899) $>$ $\alpha=0.05$ olduğundan H_0 hipotezi ret edilemez. Yani bireylerin sosyal güvencesi ile kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti arasında ilişki yoktur. Sonuç olarak bireylerin sosyal güvencesinin kamu hastanelerindeki acil servis memnuniyeti düşünceleri üzerinde etkisi olmadığı söylenebilir.

Kamu Hastanelerinde Bulunan Acil Servisteki Hasta Memnuniyeti Tutumları

Tablo 16. Kamu Hastanelerinde Bulunan Acil Servisteki Hasta Memnuniyeti Tutumlarına Ait Dağılımlar

Tutum İfadeleri	EVET	BİRAZ	HAYIR
1. Acil serviste çok beklemeden muayene oldum.	%37.0 44	%44.5 53	%18.5 22
2. Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı.	%51.3 61	%43.7 52	%5 6
3. Tüm personel bana karşı kibar ve saygılıydı.	%58.8 70	%34.5 41	%6.7 8
4. Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	%73.9 88	%23.5 28	%2.5 3
5. Beni muayene eden doktor, hastalığının nedeni konusunda bana bilgi verdi.	%66.4 79	%22.7 27	%10.9 13
6. Bu acil servisi başkalarına tavsiye ederim.	%42.9 51	%43.7 52	%13.4 16
7. Acil serviste hizmet aldığım süre boyunca çalışanlar beni iyi yönlendirdi.	%52.9 63	%41.2 49	%5.9 7
8. Acil servis temizdi.	%56.3 67	%35.3 42	%8.4 10
9. Tekrar acile gelmem gerekirse yine bu acil servisi tercih ederim.	%42.9 51	%42.9 51	%14.3 17
10. Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.	%53.8 64	%40.3 48	%5.9 7

Tablo 16’da göre araştırmaya katılan bireylerden yüzde 18,5’i “Acil serviste çok beklemeden muayene oldum.” sorusuna katılmamıştır, yüzde 37’si bu soruya katılmıştır ve yüzde 44,5’i ise bu soruya biraz katıldığı ifade etmiştir. Araştırmaya katılan bireylerden yüzde 5’i “Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı.” sorusuna katılmamıştır, yüzde 51,3’ü bu soruya katılmıştır ve yüzde 43,7’si ise bu soruya biraz katıldığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerden yüzde 73,9’u “Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.” sorusuna katıldığını ifade etmektedir. Araştırmaya katılan bireylerden yüzde 52,9’u “Acil serviste hizmet aldığım süre boyunca çalışanlar beni iyi yönlendirdi.” sorusuna katıldığını söylemiştir. Bireylerin yine yüzde 56,3’ü “Acil servis temizdi.” sorusuna evet yanıtını vererek katıldığını ifade etmiştir. Son olarak araştırmaya katılan bireylerden yüzde 5,9’u “Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.” sorusuna hayır yanıtını vererek katılmadığını ifade etmiştir ve yüzde 53,8’i de evet diyerek katıldığını belirtmiştir.

Demografik Özellikler Arasındaki Korelasyonun(İlişkinin) İncelenmesi

Kamu hastanelerinde bulunan acil servisteki hasta memnuniyeti anketinde yer alan demografik sorular arasındaki ilişkinin derecesi ve yönünün incelenmesi amacı ile pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 17. Boyutlar Arasındaki Korelasyonlar

		Başvuru	Cinsiyet	Medeni durum	Öğrenim durumu	Sosyal güvenceniz
Başvuru	Pearson Correlation	1	-.140	.014	-.091	-.121
	Sig. (2-tailed)		.130	.882	.326	.190
	N	119	119	119	119	119
Cinsiyet	Pearson Correlation	-.140	1	.053	-.095	.014
	Sig. (2-tailed)	.130		.567	.306	.878
	N	119	119	119	119	119
Medeni durum	Pearson Correlation	.014	.053	1	.238(**)	.057
	Sig. (2-tailed)	.882	.567		.009	.537
	N	119	119	119	119	119
Öğrenim durumu	Pearson Correlation	-.091	-.095	.238(**)	1	.025
	Sig. (2-tailed)	.326	.306	.009		.790
	N	119	119	119	119	119
Sosyal güvenceniz	Pearson Correlation	-.121	.014	.057	.025	1
	Sig. (2-tailed)	.190	.878	.537	.790	
	N	119	119	119	119	119

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 17’de demografik sorular arasındaki ilişkinin yönü ve derecesi verilmiştir. Tablo kamu hastanelerine gelen kişilerin demografik özelliklerine göre incelendiğinde medeni durumu değişkeni ile öğrenim durumu değişkeni arasındaki korelasyon katsayısı 0,238 olarak bulunmuştur. Bu değer medeni durum ile öğrenim durumu arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde kamu hastanelerine gelen kişilerin demografik özellikleri incelendiğinde kamu hastanelerine ilk başvurusu olup olmadığına ait olan değişken ile sosyal güvencesi değişkeni arasındaki korelasyon katsayısı -0,121 olarak bulunmuştur. Bu ifade bize kamu hastanelerine bireylerin ilk başvurusu olup olmadığı ile bireylerin sosyal güvencesi değişkeni arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir.

7.4. Faktör Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeğin boyutunun fazla olması araştırmayı sonuçlandırmada zorluklara neden olmaktadır ve sonuçlarda bu nedenle hata payı fazla olmaktadır. Bu nedenle araştırmada kullanılan ölçekleri daha az sayıda boyuta indirgeyerek bu ölçeğin temsil edilmesi sağlanmaktadır.

Tablo 18. KMO ve Bartlett's Testi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,879
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	625,057
	df	45
	Sig.	,000

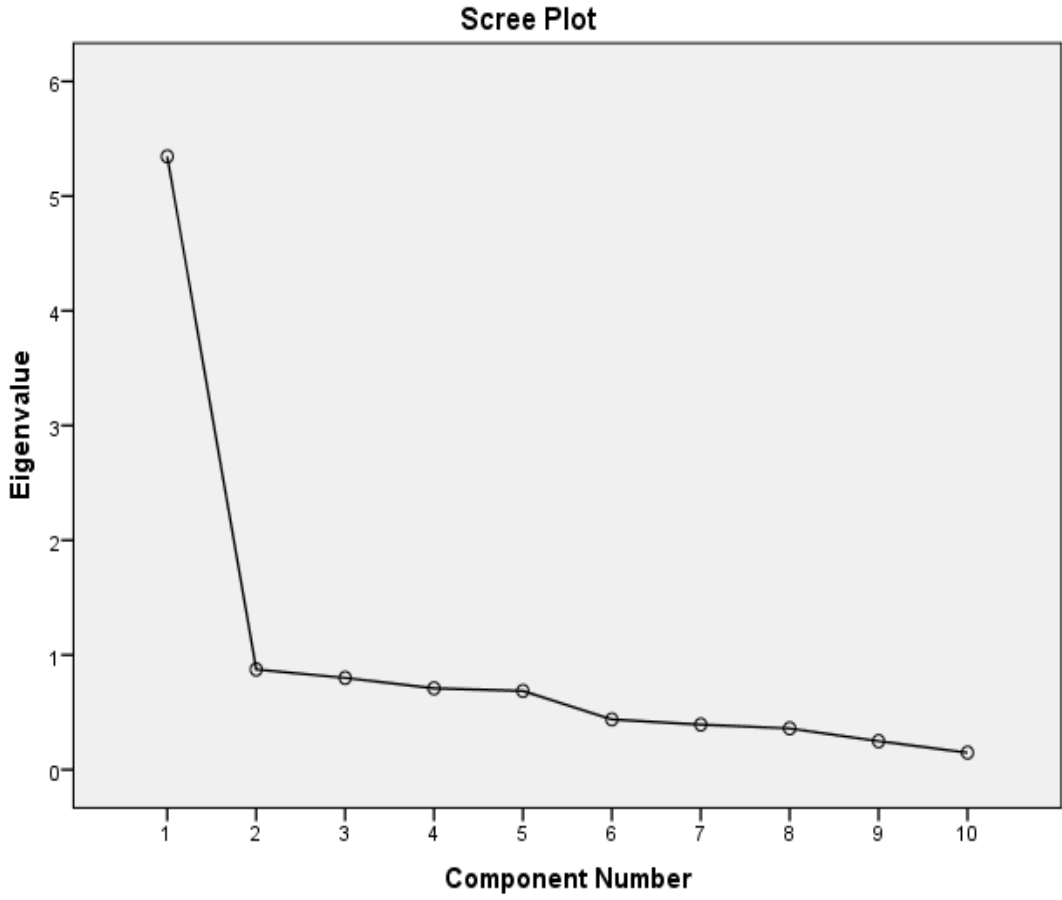
Tablo 18'de görüldüğü üzere araştırmanın geçerliliğinin incelenmesi amacı ile küresellik testi uygulanmıştır. Uygulanan küresellik testi araştırmada kullanılan ölçekler veya sorular arasında korelasyon olup olmadığını tespit etmemize ve çoklu bağlantı sorunu olup olmadığı araştırmamıza yardımcı olur. Bu test sonucuna göre KMO değeri 0,879 olarak elde edilmiştir ve bu değer araştırmanın örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için yeterli olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde küresellik testi sonucu incelenecek olursa p-değeri 0,000 olarak elde edilmiştir ve bu değerde sorular arasında korelasyonun olduğunu yani faktör analizinin yapılmasının gerekli olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 19. Açıklanan Toplam Varyans

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,346	53,457	53,457	5,346	53,457	53,457
2	,874	8,739	62,196			
3	,800	7,998	70,193			
4	,709	7,086	77,279			
5	,686	6,859	84,138			
6	,438	4,377	88,515			
7	,393	3,928	92,443			
8	,359	3,593	96,036			
9	,248	2,484	98,520			
10	,148	1,480	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tablo 19’da görüldüğü üzere faktör analizi sonucuna göre araştırmada kullanılan 10 soruyu temsil eden tek bir boyut elde edilmiştir. Bu boyutun elde edilebilmesi için özdeğerleri 1’den büyük olan faktörler kabul edilmiştir. Burada tek bir boyutun 10 soruyu temsil ettiği belirtilmiştir fakat bu boyutun araştırmadaki varyansın yaklaşık olarak %53’ünü açıkladığı görülmektedir ve bu değer bir araştırma için çok küçük bir değer olarak görülmektedir. Çünkü varyans açıklama yüzdesine göre değerlendirildiğinde araştırmada yaklaşık olarak yüzde 46 civarında bir veri kaybı göz önüne alınmış olacaktır.



Şekil 12. Yamaç Grafiği

Tablo 19’da faktör analizi sonucunda boyut indirgeme yapılmış ve tek bir boyut ile araştırmanın temsil gücü gösterilmiştir. Benzer şekil 12’de yamaç grafiğinde boyut indirgemesi yapıldıktan sonra kaç boyut ile araştırmanın temsil edilebileceğini göstermektedir. Bu nedenle grafik incelendiğinde ilk dik inen çizgiden birinci gözlemden sonra çizginin yatay konumda seyrettiği görülmektedir ve buradan tek bir boyuta indirgeme yapıldığı söylenebilir fakat yalnızca bu grafiğe bakarak yorum yapılması kesin sonuç olarak değerlendirilmemelidir.

7.5. Ki Kare Analizleri

Araştırmada kullanılan kategorik ya da diğer bir ifade ile demografik özelliklerin arasındaki ilişkiyi inceler.

Tablo 20. Bireylerin Cinsiyeti ile Eğitim Durumları Arasındaki İlişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,178(a)	4	,703
Likelihood Ratio	2,932	4	,569
Linear-by-Linear Association	1,055	1	,304
N of Valid Cases	119		

Tablo 20’de görüldüğü üzere bireylerin cinsiyeti ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelenmiştir ve p-değeri 0,703 olarak elde edilmiştir. Bu değer $\alpha=0,05$ değerinden büyük bir değer olduğundan dolayı bireylerin cinsiyetleri ile eğitim durumları arasında ilişki olmadığı söylenebilir.

Tablo 21. Bireylerin Cinsiyeti ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,334(b)	1	,563		
Continuity Correction(a)	,134	1	,714		
Likelihood Ratio	,336	1	,562		
Fisher's Exact Test				,672	,359
Linear-by-Linear Association	,332	1	,565		
N of Valid Cases	119				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,36.

Tablo 21’de görüldüğü üzere bireylerin cinsiyeti ile medeni durumları arasındaki ilişki incelenmiştir ve p-değeri 0,672 olarak elde edilmiştir. Bu değer $\alpha=0,05$ değerinden büyük bir değer olduğundan dolayı bireylerin cinsiyetleri ile medeni durumları arasında ilişki olmadığı söylenebilir.

Tablo 22. Bireylerin Meslekleri ile Eğitim Durumları Arasındaki İlişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	232,464 ^a	168	,001
Likelihood Ratio	136,353	168	,965
N of Valid Cases	119		

Tablo 22’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin meslekleri ile eğitim durumları arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir ve ki kare analizi sonucuna göre p-değeri 0,001 olarak elde edilmiştir. Bu değer $\alpha=0,05$ değerinden küçük bir değer olduğundan dolayı bireylerin meslekleri ile eğitim durumları arasında bir ilişki olduğu söylenebilir.

Tablo 23. Bireylerin Cinsiyetleri ile Hastaneye İlk Başvuruları Olup Olmaması Arasındaki İlişki

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,321 ^a	1	,128		
Continuity Correction ^b	1,735	1	,188		
Likelihood Ratio	2,361	1	,124		
Fisher's Exact Test				,152	,093
Linear-by-Linear Association	2,301	1	,129		
N of Valid Cases	119				

Tablo 23'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ile hastaneye ilk başvuruları olup olmadığının arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Bu analiz sonucuna göre p-değeri 0,152 olarak elde edilmiştir. Bu değer yüzde 5 anlamlılık düzeyinden yüksek olduğundan dolayı bireylerin cinsiyeti ile hastaneye ilk başvurusu arasında ilişki olmadığı söylenebilir.

7.6. Tartışma ve Değerlendirme

Araştırma sonuçlarına göre, hastaneye başvuru yapan hastaların ortalama olarak yüzde sekseninin buradan genel olarak memnun oldukları ortaya çıkmıştır. Ancak yapılan araştırmanın neticesinde, memnun olan hastaların yüzde kırkının buraya yeniden geleceklerini, yüzde kırkının buraya gelmek konusunda kararsız olduğunu, yüzde yirmiye yakın bölümünün ise memnun olmadığını ve yeniden gelme düşünmediğini anlamak mümkündür. Diğer yandan, hastaların sosyal güvenceleri ile hastane tercihleri arasında bir bağ olmadığı görülmektedir. Devlet hastanesi acil servisi toplumun her kesiminden hastaya hitap etmektedir.

Özer ve Çakıl tarafından yapılan araştırmada, 2003 yılı verilerine göre ülkemizdeki hasta memnuniyet oranının Özel sağlık kurumlarında Yüzde kırk sekiz, üniversite hastanelerinde yüzde kırk altı ve devlet hastanelerinde ise yüzde kırk bir olduğu görülmüştür.¹⁹⁶ Yapılan çalışmada da, Malkara Devlet Hastanesinde acil ünitesinde hizmet alan hastaların memnuniyet oranının bu verilere yakın olması, son on yıl içinde çok fazla bir gelişme gösterilmedi şeklinde yorumlanabilirken, diğer yandan gelişme olsa da hastaların beklentilerinin arttığı şeklinde de yorumlanabilecektir.

Hasta memnuniyetinin ölçülmesi hizmet kalitesini her aşamada arttırmayı hedeflemek anlamına da gelmekte, aynı zamanda da noksanlıkların tespit edilmesine yardımcı olmaktadır. Bunun için yapılan ölçümler ise genel olarak kalitatif ve kantitatif olarak ikiye ayrılmaktadır. Kantitatif yöntem genel olarak yüz yüze ya da telefon aracılığı ile ancak hasta ile direk temasa geçerek araştırma yapılması anlamına gelirken, kalitatif yöntem ise kayıtların incelenmesi biçiminde

¹⁹⁶ Özer A.,ve Çakıl E. (2007), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, Tıp Araştırmaları Dergisi, 5(3), s.140-142

açıklanabilir. Kantitatif yöntem ile yaptığımız araştırmada, hastaların hastane ortamındaki hijyene oldukça önem verdiği görülmüştür.

Hastaneye başvuran kadın hastaların temizlik konusunda daha titiz olduğu gözlemlenmektedir ve bunların yüzde on kadarının temizlikten memnun olmadığı görülmektedir. 2005 yılında İzmir’de yapılan bir memnuniyet araştırmasında temizlik gibi fiziksel özelliklerin hasta memnuniyetine etkisinin az olduğu görülürken¹⁹⁷, günümüzde hastaların bu konuda daha dikkatli olduğu görülmektedir. Bu durum, son yıllarda basında da sıkça değinilen bulaşıcı hastalıklar olarak yorumlanabilir.

Eğitim seviyesinin genel olarak memnuniyet seviyesini etkilemediği ancak eğitim düzeyi yüksek bireylerin beklentilerinin daha fazla olduğu, bekleme ve bilgilendirilme düzeylerine daha fazla dikkat ettiği görülmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin özellikle personel tarafından doğru yönlendirilmeye dikkat ettikleri ve bundan memnun kaldıkları görülmektedir. 2004 yılında Ercan, Ediz ve Kan tarafından yapılan bir memnuniyet çalışmasında, özellikle eğitim seviyesi düşük ve dar gelirli bireyler ile sosyal güvencesi olmayan ya da yeşil kart sahibi kişilerin beklentilerinin daha düşük olduğu saptanırken¹⁹⁸, çalışmamızda sosyal güvencenin memnuniyet ve beklenti düzeyini değiştirmedeği görülmüştür. Bu durum son yıllarda artan beklentiler olduğunu, eğitim ve gelir düzeyi düşük bireylerde bile bilinçliliğin arttığını göstermektedir.

Kırılmaz tarafından 2013 yılında yapılan araştırmada, hastane çalışanlarının memnuniyetinin hastalara da doğrudan yansıdığı ortaya çıkmıştır. Bu durum günümüzde de aynıdır. Hastane çalışanlarının güler yüzlü olması, hastaları doğru yönlendirmesi, onlara saygılı davranması gibi konular kendi iş tatminlerinin olması ile doğru orantılıdır. Bu durum performanslarını da arttıracaktır.¹⁹⁹ Hastaların

¹⁹⁷ Devebakan N.ve Yağcı K, (2005), Sağlık İşletmelerinin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında Servqual Yöntemi, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, s.543

¹⁹⁸ Özer A.,ve Çakıl E. (2007), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, Tıp Araştırmaları Dergisi, 5(3), s.140-142

¹⁹⁹ Kırılmaz H., (2013), Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 4(1), s.12-14

mahremiyet ile ilgili sorulan sorularda, genel olarak hastanede mahremiyete yeterince dikkat edildiği sonucuna varılmıştır. Ancak genel olarak hastaneden çok memnun olan hastaların ortalamasının yüzde 45, kararsız olanların yüzde 35 ve memnun olmayan, alternatif sağlık kurumlarını denemek isteyenlerin ise oranının yüzde 20 olduğu söylenilebilir.

SONUÇ

Sağlıklı olmak kişinin sosyal, psikolojik ve bedensel olarak tam bir iyilik halinde olması anlamına gelmektedir. Sağlığın herhangi bir yönden bozulması, diğer bozuklukları da beraberinde getirecektir. Bu durum kişinin genel sağlığını tehdit altına almaktadır.

Sağlık kurumlarında kaliteli ve bilimsel yöntemler ile hijyenik hizmet verilmesi hastaların memnuniyet düzeylerini arttıracak, buraya başvurularda endişelerin olmaması kişilerin genel sağlık sorunlarının erken çözülmesine yardımcı olacaktır. Hasta memnuniyetinin sağlanması, bir sağlık kurumunun kalitesini ve tercih edilebilirliğini etkilemekle kalmamakta, toplumun sağlığını da yakından ilgilendirmektedir.

Hasta memnuniyeti ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve sağlık politikaları ile de yakından ilgili olduğundan, hükümetler, hasta memnuniyeti düzeyini arttırmak için çeşitli çalışmalar yapmakta ve yaptırımlar uygulamaktadır. Ülkemizde de, son yıllarda özellikle acil servis hizmetleri ile ilgili iyileştirmeler yapılmaya çalışılmaktadır. Bunun yanı sıra hasta memnuniyeti ölçümüne de verilen önem artmaya başlamıştır.

Yapılan bu araştırmada, hasta memnuniyetinin anlamı ve bunu sağlayan faktörlerin neler olduğu incelenmiş, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemleri incelenerek Türkiye Sağlık Sistemi ile karşılaştırmaları yapılmıştır. Hastaların hastaneye gitme konusunda tercihlerini neye göre yaptıkları konusunda yapılan literatür taramasının ardından, Tekirdağ Malkara Devlet hastanesinin acil servisi ile ilgili olarak hasta memnuniyet düzeyini anlamaya yönelik bir anket uygulaması yapılmıştır.

Anket sorularına verilen yanıtların samimiyeti ve açıklığı çalışmanın sınırlılıkları olmaktadır. Ancak yapılan doğruluk testleri de çalışmanın güvenilirliğinin yüzde doksan olduğunu göstermiştir. Buna göre, hastalarının yüzde

kırkının hastaneden aldıkları acil servis hizmetinden memnun oldukları görülmektedir.

Araştırma bölümünde gerçekleştirilen uygulama sonucunda elde edilen bulgular ile literatürde geçen hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin uyum sağladığı görülmüştür. Hastaların en fazla dikkat ettiği konular arasında en önemli sırada temizlik gelmektedir. Acil servislerin genel olarak temiz ve bakımlı olması hastaların tercihlerini doğrudan etkilemektedir. Bir diğer önemli husus ise çalışan personel tarafından güler yüzlü hizmet almaktır. Özellikle eğitim seviyesi yüksek hastaların buna dikkat ettiği sonucuna varılmıştır.

Doktorların hastalık ve tedavi süreci ile ilgili yaptıkları bilgilendirmeye dikkat eden hastaların bir diğer dikkat ettikleri konu ise mahremiyete karşı saygıdır. Hastaların genel olarak dikkat ettiği bu unsurların hastanede karşılandığı, hastaların yüzde kırkının bu hastaneyi yeniden seçecekleri yüzde kırkının ise bu konuda kararsız oldukları ancak hastane hakkında da olumsuz düşünmedikleri gözlemlenmiştir.

Yapılan literatür çalışması ve ardından gerçekleştirilen uygulama sonucunda eğitim düzeyinin ve bilinçliliğin hastaların beklentilerini arttırdığını göstermektedir. Bu nedenle, özellikle modernleşen toplumlarda sağlık hizmetlerinde iyileştirmelerin yapılmasına özen gösterilmeli, bu alanda bölgesel farklılıkların olmamasına dikkat edilmelidir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Sargutan, E., **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri (1)**, Hacettepe Yayınları Ankara, 2006
- T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Hizmetlerinde, Kapasite Planlama: Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi**, (785), Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2010
- T.C. Sağlık Bakanlığı, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler(1)**, Hazırlayanlar: Sinan Korukluoğlu, Yusuf Üstü, İsmail Kasım, A. Reşat Doğusan, Ali Hacıımamağaoğlu, Ankara, 2010

Sürelî Yayınlar

- Aslantekin, F., Uluşen, M., Göktaş B., ve Erdem, R., **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği**, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6, 2007, s.55-70.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin F., ve Ayşegül Kıssal, A., **Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması**, C.U.Hemsirelik Yuksekokulu Dergisi, Cilt:12, Sayı:1, 2008, s.1-13.
- Batal, S., **Almanya'da Yerel Yönetimler ve Türkiye Yerel Yönetim Yapısı ile Mukayeseli Değerlendirmesi**, Mevzuat Dergisi, Y:13, 2010, s.147
- Can A., ve İbicioğlu, H., **Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi**, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:13, Sayı:3, 2008, s.253-275.
- Demirbilek, S., **Bir Sosyal Sorun Olarak Sağlık**, Sosyal Politikalar Dergisi, 2011
<http://sosyalpolitikalar.com.tr/component/content/article/10-makale/300-bir-sosyal-sorun-olarak-salk.html> Erişim Tarihi: 18.11.2014

- Emhan A., ve Bez, Y., **Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların Memnuniyet Düzeyleri**, Dicle Tıp Dergisi, Cilt:37, No:3, 2013, s.241-247.
- Ener M., ve Yelkikalan, N., **Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi**, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:2, Sayı: 6, 2003, s. 99-113.
- Erdem R., ve Pirinççi, E., **Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler**, O.M.Ü tıp Dergisi, Cilt: 20, Sayı:1, 2006, s.39-46.
- Fidan, A., Kıral, N., Erdem, İ., Ayşegül Eren, Saraç G., ve Çağlayan, B., **Toplum Kökenli Pnömonilerde Hastane Mortalitesi ve Ulusal Pnömoni Tanı ve Tedavi Rehberine Göre Değerlendirme**, Türk Toraks Dergisi, Cilt 6, Sayı 2, 2005, s. 115-121.
- Günay, O., Gün, İ., Öztürk, A., Çetinkaya F., ve Naçar, M., **Kayseri İlindeki Yaşlılarda Algılanan Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler**, Geriatri Dergisi, Cilt 8, Sayı 1, 2005, s.10-12.
- Kılıç M., ve Öztürk, H., **Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri**, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:9, Sayı:1, 2006, s.55-79.
- Kırılmaz H., **Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 4(1), 2013 s.11-21
- Kırılmaz, H., **Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 4, Sayı: 1, Ocak 2013, s.11-21.
- Önsüz, M.F., Topuzoğlu, A., Cöbek, U.C., Ertürk, S., Yılmaz, F., Birol, S., **İstanbul'da bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyleri**, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt:21, Sayı:1, 2010, s.33-49.
- Sargutan, E., **Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı**, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:3, 2005, s.400-428.

- Şahin, T.K., Bakıcı, H., Bilban, S., Dinçer, Ş.,Yurtçu, M., Günel, E., **Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması**, Genel Tıp Dergisi, Cilt:15, Sayı:4, 2005, s.137-142.
- Taşlıyan M., ve Gök, S., **Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti : Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması**, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, 2012, s.64-93.
- Topal, F., Şenel, E., Topal, F., Mansuroğlu, C.,**Hasta Memnuniyeti Araştırması: Bir Devlet Hastanesinin Acil Kliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri**, Cumhuriyet Tıp Dergisi, Sayı:35, 2013 s. 199-205.
- Topuzoğlu, A., **Sağlığın Tanımı, Başaçıkma**, Journal Of İstanbul Kültür University, Mart 2006, s. 47-49.
- Topuzoğlu, A., **Sağlığın Tanımı, Başaçıkma**, Journal Of İstanbul Kültür University, Mart 2006, s. 47-49.
- Tüzün, H., Aycan, S., İlhan, M.,**Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Sağlık ve Sosyal Belirleyiciler**, Toplum ve Hekim Dergisi, TTB Yayın Organı, Mart-Nisan, Cilt:29, Sayı:2, 2014, s. 463.
- Ulus, B., Kublay, G., **PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:3, Sayı: 1, 2012, s.44-50.
- Yılmaz, M., **Sağlık Bakım Kalitesinin bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti**, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sayı:5/2, 2001, s.69-74.
- Yayınlanmamış Eserler**
- Aysel Doğan, (2012), *Yatağa Bağımlı Hastalarda Hemşirelik Bakımı*,Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane Kalite Yönetim Sistemi Eğitimleri, 01.02.2012 Ders Notu
- Elif Kılıç, (2013), *Ölüm Nedeni Belgesinin Doldurulması Eğitimi*, Kastamonu TUIK, 24 Kasım-19 Aralık, 2013, Kastamonu, (Referans Eğiticiler tarafından Sağlık Kurumlarındaki Hekimlere verilecek ve organizasyonu).
- Nusret Fişek, (1982), *Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları*, Sağlık Yönetimi, Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları No:144

Tezler

- Eda Yaşa, *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması*, T.C. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı”, Doktora Tezi, 2012
- M.Mastilica, *Health Care Reform in Croatia: The Consumers’ Perspective*, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb University School of Medicine, 1998, Zagreb.
- Recep Akdur, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*, A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2005
- Seda Hastaoğlu, *Dâhili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007,İstanbul.
- Sibel Öksüz, *Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması*, T.C. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010
- Yasemin Yıldız, *Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetmelik Sorunlarının İncelenmesi, Edirne İlinde örnek bir Uygulama*, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Y.Lisans Tezi, 2008

İnternet Kaynakları

- Babar Z., Ibrahim M., Singh H. Bukahri N., ve Creese A., (2007), **Evaluating Drug Prices, Availability, Affordability, and Price Components: Implications for Access to Drugs in Malaysia**, PLOS Medicine Journey, March 2007, 27(10),
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040082> Erişim Tarihi:19.11.2014.

- Coşkun Can Aktan ve Kadir Işık, (2014), **Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler**, www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim.../pdf.../sunum-alternatif.pdf Erişim Tarihi: 15.10.2014.
- Çiftçi, H.İ., **Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemi ve Finansmanı**, http://www.tusad.net/tusadd/index.php?option=com_content&view=article&id=38:cetluelkelerde-salik-sistemi-ve-fnansmani&catid=22:salkta-finansman&Itemid=59 Erişim Tarihi:19.01.2015
- Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Toplum ve Hekim Dergisi, **İngiltere Sağlık Sistemi**, 1994, 64(5) <http://webb.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-ingilteresaglikisistemi.pdf> Erişim Tarihi, 19.01.2015
- Erkin Göçmen, (2012), **Kamu Hastaneleri Birlikleri Kurulurken...**,<http://www.medikalakademi.com.tr/erkin-gocmen-kamu-hastane-birlikleri-hukuk/> Erişim Tarihi: 18.11.2014.
- GEOTHE INSTUT**, <http://www.goethe.de/ins/de/ser/gus/ges/trindex.htm> Erişim Tarihi: 23.10.2014.
- Goyal M., (2002), **Economic and Health Consequences of Selling a Kidney in India**, The Journal of the American Medical Association, October, <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=195344> Erişim Tarihi: 11.11.2014.
- Gülşah Kaya, (2014), **Tıbbi Hizmetler Süreç Yönetimi**, PPT Sunusu, haged.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2013/05/tedavi_hizmetler.ppt Erişim Tarihi:14.10.2014.
- Koruyucu Sağlık Hizmetleri**, 29 Haz 2012, <http://www.kulturelbellek.com/koruyucu-saglik-hizmetleri/>, Erişim Tarihi 14.10.2014.
- Kültürler Arası yaşam ve uyum internet sitesi, **Almaya’da Sağlık**,<http://www.integration-in-bonn.de/tr/saglik/alman-saglik-sistemi.html> Erişim Taihi: 18.01.2015
- Leyla Küçük, (Tarih Yok), **Bakım Hizmetlerinde Psikolojik ve Spritüel Yaklaşım**, www.iagb.gov.tr/file/SUNUMLAR/02/01.pptErişim Tarihi: 19.11.2014.

- Medikal Akademi, (2014), **Hastanelerde İnsan Kaynakları Yönetimi**,
<http://www.medikalakademi.com.tr/hastanelerde-nsan-kaynaklari-yonetimi/#!>
Erişim Tarihi: 22.10.2014.
- Medikal Teknik, (2013), **Sağlık Kurumlarında İletişim ve Empati**,<http://www.medikalteknik.com.tr/saglik-kurumlarinda-iletisim-ve-empati/> Erişim Tarihi: 19.11.2014.
- Medikal Teknik, (2013), **Sağlık Kurumlarında İletişim ve Empati**,<http://www.medikalteknik.com.tr/saglik-kurumlarinda-iletisim-ve-empati/> Erişim Tarihi: 19.11.2014.
- Mualla Kök ve Ferhat Sayım, **Sağlık Hizmetlerinde Yerel Yönetim Yatırımları**,
https://www.academia.edu/7111387/SA%C4%9ELIK_H%C4%B0ZMETLER%C4%B0NDE_YEREL_Y%C3%96NET%C4%B0M_YATIRIMLARI
Erişim Tarihi: 22.10.2014.
- Mustafa Taşlıyan ve Sibel Gök, (2012), **Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir Alan Çalışması**,
iibfdergisi.ksu.edu.tr/Images/images/files/5_0.pdf
- Nürnberg Belediyesi Sağlık Müdürlüğü , **Acil Durum**,
http://www.nuernberg.de/internet/gesundheitsamt_t/notfall_t.html Erişim Tarihi: 19.01.2015
- Nürnberg Belediyesi Sağlık Müdürlüğü, **Sağlık Alanını Taşıyıcı Direkler**,
http://www.nuernberg.de/internet/gesundheitsamt_t/deutsches_gesundheitswesen_t.html Erişim Tarihi: 18.01.2015
- Serdaroğlu İ. ve Kevenk, U. **Fransız Sağlık Siteminde Kalite ve Akreditasyon**,http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslararasi_acilimler_2011/upsem/6.pdf Erişim Tarihi:20.01.2015
- Süheyla Ünal, (2014), **Sağlık Psikolojisi**,
iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/477/file/.../Sag-Psikolojisi1.pptErişim Tarihi: 19.11.2014.
- Tevfik Özlü, (Tarih Yok), **Hasta ve Sağlık Çalışanları İlişkileri**,
<http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/elektronikkitap/calisaniliski.htm> Erişim Tarihi:19.11.2014.

Yaşam Kalitesi, www.dicle.edu.tr/.../8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf Erişim Tarihi: 16.10.2014.

Yaşam Kalitesi, www.dicle.edu.tr/.../8c442d91-9150-4cd9-b498-763f579372f4.pdf Erişim Tarihi: 16.10.2014.

Kurum Ve Kurumların İnternet Kaynakları

10/09/1982 tarih ve 8/5319 no.ile alınan Bakanlar Kurulu Kararı Kapsamındaki,
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ,
13/01/1983 Tarih ve 17927 Sayılı Resmi Gazete.

3359 Numaralı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu-(Temel Esaslar)- Madde3'ün,
acil durum sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html> Erişim Tarihi: 22.11.2014.

5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun,
Madde:4, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm> Erişim Tarihi: 22.11.2014.

Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması Hakkındaki Genelge26.03.2014 tarih ve 2014/13 sayılı Resmi Gazete.

Hasan Hüseyin Yıldırım, (2013), **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**,Sağlık-Sen Yayınları

İlkyardım Yönetmeliği, 22.05.2002Tarih ve 24762 Sayılı Resmi Gazete,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-552/ilkyardim-yonetmeli.html> ,
Erişim Tarihi: 06.10.2014.

Kuruluş ve Görevler, İl Sağlık Müdürlüğü,
http://www.asm.gov.tr/subhaberler/DenetimOrganizasyon_5349.dnz Erişim Tarihi: 18.11.2014.

Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, Dünyada Sağlık Sistemleri,
<http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDQQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.muglahsm.gov.tr%2Fwebsayfalar%2Failehekimligi%2Fupload%2Fdunyasaglikssystem.doc&ei=E1ZKVL>

[OnBqWd7gbu7YGwBg&usg=AFQjCNF7d0c67fyMewGKZ2O1EdjCOI18y](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-w&cad=rja)
[w&cad=rja](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-w&cad=rja) Erişim Tarihi: 23.10.2014.

Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>Erişim Tarihi: 14.10.2014.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında Kanun,Resmi Gazete tarihi : 12.1.1061 - Sayı : 10705, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224-rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> Erişim Tarihi: 14.10.2014.

Sağlık Tesisleri İşletmesi Dairesi Başkanlığı, (2014), **Dünya Sağlık Sistemleri**, Ankara

T. C. Sağlık Bakanlığı, **Hasta Hakları Yönetmeliği**, 01.08.1998 Tarih ve 23420 Sayılı Resmi Gazete.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, (2011), **Aile ve Tüketici Hizmetleri, Ailede Karar Verme, Çerçeve Öğretim Programları** ,Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2010), **Sağlık Hizmetlerinde, Kapasite Planlama: Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi**, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No : 785

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Hasta Hakları Nedir?**Tedavi Hizmetleri Genel MüdürlüğüHasta Hakları Şubesi, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, **İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü**, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15510/il-ve-ilce-saglik-mudurlugu.html> Erişim Tarihi: 18.11.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html> Erişim Tarihi 14.10.2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004), **Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Örnekler**, Hazırlayanlar: Sinan Korukluoğlu, Yusuf Üstü, İsmail Kasım,. A. Reşat Doğusan, Ali Hacımamağaoğlu

TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü**, 2011, Ankara

EKLER

Ek 1: Anket Soruları

Kamu hastanelerinde Acil Hasta Servisinde Hasta İlişkileri Yönetimi amacıyla acil serviste hasta memnuniyetini ölçmeyi amaçladığım çalışma için bu anketi geliştirmiş bulunuyorum.Bu anket çalışma dışında herhangi bir amaç için kullanılmayacağından içtenlikle yanıt vereceğiniz beklenmektedir.Göstereceğiniz ilgiden dolayı şimdiden teşekkür ederim.Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız!

	Lütfen aşağıdaki ifadelere ilişkin görüşünüzü en iyi yansıtan cevabı işaretleyiniz.	EVET	BİRAZ	HAYIR
1	Acil serviste çok beklemeden muayene oldum.	(3)	(2)	(1)
2	Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı.	(3)	(2)	(1)
3	Tüm personel bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
4	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	(3)	(2)	(1)
5	Beni muayene eden doktor, hastalığımın nedeni konusunda bana bilgi verdi.	(3)	(2)	(1)
6	Bu acil servisi başkalarına tavsiye ederim.	(3)	(2)	(1)
7	Acil serviste hizmet aldığım süre boyunca çalışanlar beni iyi yönlendirdi.	(3)	(2)	(1)
8	Acil servis temizdi.	(3)	(2)	(1)
9	Tekrar acile gelmem gerekirse yine bu acil servisi tercih ederim.	(3)	(2)	(1)
10	Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.	(3)	(2)	(1)
11	Hastaneye ilk başvurunuz mu?	() Evet () Hayır		
12	Cinsiyetiniz?	() Kadın () Erkek		
13	Doğum yılınız?			
14	Medeni Durumunuz	() Evli () Bekar		
15	Öğrenim Durumunuz	() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul / Ortaokul () Lise ve dengi okul () Üniversite ve üstü		

16	Sosyal güvenceniz?	<input type="checkbox"/> SGK çalışan	<input type="checkbox"/> SGK emekli
		<input type="checkbox"/> Yeşil kart	<input type="checkbox"/> Özel sağlık sigortası
		<input type="checkbox"/> Sosyal güvencesi yok	<input type="checkbox"/> Diğer.....
17	Mesleğiniz		
18	Varsa görüş, önerileriniz.		

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılı İstanbul Bakırköy doğumluyum. İlk ve orta öğretimimi Tekirdağ Malkara Fevzi Çakmak İlköğretim Okulu, lise öğretimimi Malkara Lisesinde tamamladıktan sonra, 2009 yılı İstanbul Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek Okulu Ebelik bölümünden mezun oldum. Aynı yıl İstanbul Medicana International Hastanesinde iş hayatına başladım. 2010 yılında Edirne Uzunköprü Devlet Hastanesine atandım. 2012 yılında eş durumu tayini ile Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesinde görev almaya başlamış olup halen aynı görevi yürütmekteyim.