

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
MUHASEBE/FİNANSMAN BİLİM DALI

SOSYAL GÜVENLİK AÇISINDAN
SSK VE DEVLET HASTANELERİNİN BİRLEŞMESİ
SONUCU ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR VE
ÇÖZÜM YOLLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Osman OKKA

Hazırlayan
Emine ÖĞÜLDÜ
064227031012

KONYA – 2009



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



BİLİMSEL ETİK SAYFASI

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

Öğrencinin Adı Soyadı
Emine ÖĞÜLDÜ
(İmza)



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL FORMU

Öğrencinin	Adı Soyadı	Emine ÖĞÜLDÜ		
	Numarası	064227031012		
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İŞLETME / Muhasebe - Finansman		
	Programı	Tezli Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐		
	Tez Danışmanı	Prof. Dr. Osman OKKA		
	Tezin Adı	Sosyal Güvenlik Açısından SGK ve Devlet Hastahanelerinin Birleşmesi Sonucu Ortaya Çıkan Sorunlar ve Çözüm Yolları		

Yukarıda adı geçen öğrenci tarafından hazırlanan başlıklı bu çalışma ...10.../12.../2008 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı Soyadı	Danışman ve Üyeler	İmza
Prof. Dr. Osman OKKA	Danışman	
Doç. Dr. Mikail Altan	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Muhammet Beşir Uğur	Üye	

ÖNSÖZ

Günümüzde, tüm Dünya ülkeleri, geleneksel ekonomiden modern ekonomiye geçmeyi hedeflemektedir. Bunun gerçekleşebilmesi içinde, her sahada verimliliğin esas kılınması mümkündür. Bu sahalardan biriside, sağlık sektörü ve sağlık sektöründe en etkin konumda bulunan hastanelerdir. Buradan hareketle çalışmamda sosyal güvenlik açısından Numune ve SSK hastanelerinin birleşmesi sonucu ortaya çıkan sorunlar ve çözüm yollarının teorik yönden incelenmesidir.

Çalışmam üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; Sosyal Güvenlik Sistemindeki tarihi gelişmeler incelenerek, sağlık hizmetleri ile ilgili genel kavramlara yer verilmektedir. Bölümün devamında ise; sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hastane birleşmeleriyle ilgili yasal düzenlemeler üzerinde durulmaktadır.

İkinci bölümde; hastaneleri birleşmeye iten faktörlere ve yaşanan sorunlar kısaca tanımlanmaktadır. Bunların devamında ise; hasta memnuniyetleri, birleşmelerin sinerji etkilerine değinilmektedir.

Üçüncü bölümde ise; SSK ve Numune hastanelerinin birleşmesi sonucu hizmet kalitesi ve sağlık çalışanlarının iş yükünün tespitine yönelik bir araştırma incelenmiştir. Ve bunun yanında genel hatlarıyla hastane birleşmeleri için yapılan anket çalışmasının ayrıntıları yer almaktadır. Tüm bunların değerlendirilmesiyle de oluşan sorunların çözüm önerileriyle ilgili bir model yaklaşımına değinilmektedir.

Sonuç ve değerlendirme bölümündeyse bu çalışma sonucunda elde edilen bilgiler değerlendirilerek ulaşılan sonuçlar ve öneriler ortaya konulmuştur.

Çalışmamda bana desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam, danışmanım Prof. Dr. Osman OKKA hocama, anket çalışmalarında bana yardımcı olan Ayhan ULUDAĞ'a, her zaman yanımda olan babam Opr. Dr. Rıza SARIBABIÇCI' ya, anneme, kardeşime ve eşime sonsuz şükranlarımı sunarım.

Konya, 2009

Emine ÖĞÜLDÜ



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin	Adı Soyadı	Emine ÖĞÜLDÜ	Numarası: 064227031012
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İşletme Ana Bilim Dalı/ Muhasebe- Finansman Bilim Dalı	
	Danışmanı	Prof. Dr. Osman OKKA	
Tezin Adı		SOSYAL GÜVENLİK AÇISINDAN SSK VE DEVLET HASTANELERİNİN BİRLEŞMESİ SONUCU ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM YOLLARI	

ÖZET

Bu çalışmada, sağlık sektöründe yer alan SSK ya bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerle 2004 yılında meydana gelen birleşme durumu yer almaktadır. Bu düşünceden yola çıkarak hazırlanan çalışmada, sosyal güvenlik açısından SSK ve devlet hastanelerinin birleşmesi sonucu ortaya çıkan sorunlar ve çözüm yolları incelenmiştir.

Üç bölümden oluşan çalışmamın birinci bölümünde; sosyal güvenlik sistemindeki tarihi gelişmeler incelenerek, sağlık hizmetleri ile ilgili genel kavramlara yer verilmektedir. Bölümün devamında ise; sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hastane birleşmeleriyle ilgili yasal düzenlemeler üzerinde durulmaktadır. İkinci bölümde; hastaneleri birleşmeye iten faktörlere ve birleşmenin sinerjik etkileri kısaca tanımlanmaktadır. Bunun yanında, hasta memnuniyetleri, hasta hakları, birleşme sonrası yaşanan sorunlar ve çözüm yolları ele alınmaktadır. Üçüncü bölümde de, SSK ve Numune hastanelerinin birleşmesi sonucu hizmet kalitesi ve sağlık çalışanlarının iş yükünün tespitine yönelik bir araştırma yapılmış ve incelenmiştir. Ayrıca bu bölümde, genel hatlarıyla hastane birleşmeleri için yapılan anket çalışmasının bulguları yer almaktadır.

Bu çalışmada yapılan anket çalışmasında, “hastane birleşmesinin sağlık çalışanları ve hastalar açısından değerlendirilmesi” düşüncesinden yola çıkarak, hastane birleşmesi sonucu oluşan memnuniyet düzeyi belirlenmiştir ve bu uygulama

Konya Numune hastanesi ve Konya SSK hastanesi örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Tüm bunların değerlendirilmesiyle de üçüncü bölümün sonunda bir model yaklaşımı oluşturulmuştur.

Çalışmamın sonucunda, hastane birleşmesiyle beraber ortaya çıkan sorunlara büyük oranda çözüm bulunduğu ve bu birleşmenin toplum sağlığı açısından olumlu bir gelişme olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler; Hastane Birleşmesi, Sağlık ve Sağlık Finansmanı, Hasta Memnuniyeti



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin	Adı Soyadı	Emine ÖĞÜLDÜ	Numarası: 064227031012
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İşletme Ana Bilim Dalı / Muhasebe- Finansman Bilim Dalı	
	Danışmanı	Prof. Dr. Osman OKKA	
Tezin İngilizce Adı		PROBLEMS THAT ARISE FROM THE MERGING SSK AND PUBLIC HOSPITALS AND SOLUTIONS FROM THE POINT OF SOCIAL SECURITY	

SUMMARY

In this research, the merging of hospitals in health sector which are connected to SSK and The Ministry of Health in 2004. Set out from this idea, in this research, the problems occurred due to the merging of SSK hospitals and the public hospitals and solutions from the point of social security was analyzed.

In the first section of my study which composed of three sections, examining the historical process of social security, general notions are given about health services. Further in the section financing health services and legislation about merging hospitals are emphasized. In the second section, the determinants and synergistic effects of merging are shortly described. In addition, patient satisfaction, patient rights, problems occurred after the merging and solutions are also handled. In the third section, problems that arise from the merging hospitals and minimizing the problems examined. At the same time, in that section, general findings of the survey study for merging hospitals takes place.

In the survey, set out from the idea “to turn findings to account for the purpose of health workers and patients about merging hospitals”, satisfaction level after merging hospitals is determined and implemented in the sample of Konya Numune Hospital and Konya SSK Hospital.

At the result of study, it has been seen that these are several solutions for the problems occurred with the merging hospitals widely found and this merging is a positive improvement for the public health.

Keywords: Merging hospitals, Health and Financing Health, Patient Satisfaction

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK SAYFASI	i
TEZ KABUL FORMU	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK VE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ İÇERİSİNDE YER ALAN SAĞLIK KURUMLARININ DURUMU

1.1. Sosyal Güvenlik Sistemi	7
1.2. Sosyal Güvenlik Sistemindeki Gelişmeler	7
1.2.1. Sosyal Güvenlik Sistemindeki Gelişmelerin Sebepleri	8
1.2.2. Sosyal Güvenlik Sisteminde Dünya’daki Gelişmeler	9
1.2.3. Sosyal Güvenlik Sisteminin Ülkemizdeki Gelişmeleri	12
1.2.3.1. Osmanlı Devleti’nde Tedavi Hizmetleri	12
1.2.3.2. Cumhuriyet Döneminden Günümüze Tedavi Hizmetleri	14
1.3. Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Süreçte Ortaya Çıkan Problemler Ve Alınan Önlemler	18
1.4. Sağlık Hizmetleri İle İlgili Genel Kavramlar	22
1.4.1. Sağlık Kavramı	22
1.4.2. Sağlık Sistemi Tanımı	24
1.4.3. Hizmet Kavramı	25
1.4.4. Hizmetin Özellikleri	26
1.4.5. Hizmet Sektörü Sınıflandırması	29
1.4.6. Sağlık Hizmetleri	30
1.4.7. Sağlık Hizmetlerinin Önemi	32
1.4.8. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	33
1.4.9. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	39

1.4.9.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	39
1.4.9.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	40
1.4.9.3. Rehabilite Edici Ve Esenleştirici Sağlık Hizmetleri.....	42
1.4.10. Hastane Kavramı Ve Tanımlanması	42
1.4.11. Hastanelerin Sınıflandırılması	43
1.4.12. Hastanelerin Fonksiyonları	45
1.4.13. Sağlık Hizmetleri Arzı	48
1.4.14. Sağlık Hizmetleri Talebi	48
1.5. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Kaynakları	51
1.5.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	51
1.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları.....	53
1.5.2.1. Kamu Ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları.....	53
1.5.2.2. Özel Finansman Kaynakları.....	55
1.5.2.3. Devlet Bütçesi.....	57
1.5.2.4. Kamu Sağlık Sigortası	58
1.5.2.5. Diğer Kaynaklar.....	58

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERİ BİRLEŞMEYE İTEN FAKTÖRLER VE BİRLEŞMENİN SİNERJİK ETKİLERİ

2.1. Hastaneleri Birleşmeye İten Faktörler	59
2.1.1. Hastane Politikalarında Yaşanan Gelişmeler	60
2.1.2. Hastanelerin Sosyo – Coğrafik Dağılımının Dengesiz Oluşu.....	64
2.1.3. Hastane İşletmeciliğinde Yaşanan Sorunlar	65
2.1.3.1. Hizmet Sunumunda Eşgüdüm (Koordinasyon) Eksikliği.....	65
2.1.3.2. Ortak Sağlık Planlamasında Yaşanan Güçlükler	67
2.1.3.3. Kaynakların Etkin Kullanılamaması.....	71
2.1.3.4. Malzeme Yönetiminde Yaşanan Dengesizlikler.....	74
2.1.3.5. Hizmet Sunumu İle İlgili Yaşanan Sorunlar	78
2.1.3.6. Hasta Memnuniyetinde Yaşanan Sorunlar.....	79
2.1.3.6.1. Hasta Memnuniyeti.....	82
2.1.3.6.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi.....	83

2.1.3.6.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	84
2.1.3.6.3.1. Hasta – Doktor İlişkisi	84
2.1.3.6.3.2. Hasta – Hemşire İlişkisi	85
2.1.3.6.3.3. Hasta – Diğer Personel İlişkisi.....	85
2.1.3.6.3.4. Bilgilendirme	86
2.1.3.6.3.5. Beslenme Hizmetleri.....	86
2.1.3.6.3.6. Fiziksel Ve Çevre Koşulları.....	86
2.1.3.6.3.7. Bürokratik İşlemler	87
2.1.3.6.3.8. Güven	87
2.1.3.6.3.9. Ücret.....	88
2.1.3.6.4. Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi	88
2.1.3.6.5. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri.....	89
2.1.3.6.5.1. Kalitatif Yöntemler	89
2.1.3.6.5.2.Kantitatif Yöntemler	91
2.2. Birleşmelerin Sinerjik Etkileri	92
2.2.1. Personel Planlaması Alanında Ortaya Çıkan Sinerjik Etki.....	92
2.2.2. İlaç Ve Diğer Giderlerin Durumunda Ortaya Çıkan Sinerjik Etki.....	95
2.2.2.1. İlaç Ve Diğer Giderlerin Tasarrufu.....	95
2.2.2.2.Rasyonel İlaç Kullanımı Ve Türkiye’de Meydana Gelen İlaç Harcamaları (İlaç İsrafı)	97
2.2.3. Hastanelerde Hizmet Kalitesi Ve Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Birleşme Sonrasında Ortaya Çıkan Sinerjik Etki..	100
2.2.3.1.Hizmet Kalitesi Tanımı	101
2.2.3.2.Algılanan Hizmet Kalitesi.....	102
2.2.3.3.Hizmet Kalitesinin Özellikleri	102
2.2.3.4.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı.....	103
2.2.3.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları.....	104
2.2.3.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belirleyicileri	104
2.2.3.4.2.1.Teknik Kalite.....	104
2.2.3.4.2.2.Tedavi Sanatı.....	105
2.2.3.4.3. Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Boyutları	105

2.2.3.4.4. Sağlık Hizmetleri Kalitesini Etkileyen Faktörler ..	106
2.2.3.5. Hastanelerde Hizmet Kalitesi Ve Hizmet Kalitesinin Ölçümü	107
2.2.4. Yönetimin Etkinliğinin Artması Sonucu Ortaya Çıkan Sinerjik Etki.....	109
2.3. Hastane Birleşmelerinin Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirilmesi	110
2.3.1. Hastane Birleşmesi İle İlgili Yasal Düzenlemeler ve Sonuçları	110
2.3.2. Toplu Alımların Yapılması	113
2.3.3. Finansman Açığının Giderilmesi Açısından Değerlendirilmesi	115
2.3.4. Doktor Seçme Ve Değiştirme Özgürlüğü Açısında Değerlendirme (Hekim Seçme Hakkı)	117
2.3.5. Hasta Hakları.....	120
2.3.5.1. Hak Kavramı	120
2.3.5.2. Hasta.....	121
2.3.5.3. Hasta Hakları Kavramı.....	121
2.3.5.4.Hasta Yeterliliği Kavramı	122
2.3.5.5. Hasta Haklarının Gelişimi	123
2.3.5.5.1. Dünya’da Hasta Haklarının Gelişimi.....	123
2.3.5.5.2. Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi.....	124
2.3.5.6. Hasta Haklarının Amacı.....	125
2.3.6. Aile Hekimliği.....	126

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SSK VE NUMUNE HASTANELERİNİN BİRLEŞMESİ SONUCU HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ YÜKÜNÜN TESPİTİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı; Yöntemi Ve Örneklem.....	132
3.2. Araştırmanın Bulguları	134
3.2.1. Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri	134
3.2.2. Hastaların Demografik Özellikleri.....	136
3.2.3. Sağlık Çalışanlarının Genel Konulara İlişkin Cevapları.....	137
3.2.3.1. Bireysel İş Yüğü	138

3.2.3.2. Bireysel İş Prosedürü	138
3.2.3.3. İş Memnuniyet Düzeyi.....	139
3.2.3.4. Maddi Kazanım (Döner Sermaye)	139
3.2.3.5. Hasta Memnuniyeti.....	140
3.2.3.6. Bürokrasi (Kırtasiye – Evrak) İşlemleri.....	140
3.2.3.7. Laboratuar Ve Röntgen Vb. Tetkik Çeşitleri.....	141
3.2.3.8. İşlemlerde Karmaşa	141
3.2.3.9. Hizmet Kalitesi	142
3.2.3.10. Sağlık Personelinin İş Yüğü	142
3.2.3.11. Çalışan Memnuniyeti	143
3.2.4. Hastaların Genel Konulara İlişkin Cevapları.....	143
3.2.4.1. Hastaların Sahip Olduğu Sigortalarının Süreleri	144
3.2.4.2. Hastaların Kendisi Mi Ya Da Başkasının Üzerinden Mi Sigortalı Olduğu.....	144
3.2.4.3. Sağlık Kuruluşuna Gitme Sıklığı.....	144
3.2.4.4. SSK Hastanesine Gitmediğiniz Takdirde Hangi Hastaneye Gitmeyi Tercih Ederdiniz.....	145
3.2.4.5. SSK Hastanesinin Sağlık Bakanlığına Devri.....	145
3.2.4.6. Birleşmeden Sonra SSK Hastanesine Gitmemenizin Sebebi	146
3.2.5. Hastaların Numune Hastanesi Ve SSK Hastanesinin Birleşmesiyle İlgili Konulara İlişkin Cevapları	146
3.2.5.1. Hasta Kabul Hizmetleri	146
3.2.5.2. Muayene Bekleme Salonları	147
3.2.5.3. Otomasyon (Bilgi – İşlem)	147
3.2.5.4. Yönlendirme Levhaları	148
3.2.5.5. Güvenlik.....	148
3.2.5.6. Polikliniklerin Temizliği.....	148
3.2.5.7. Hekim Seçme Özgürlüğünü Kullanabilme	149
3.2.5.8. Muayeneye Ayrılan Süre	149
3.2.5.9. Hekimlerin Muayene Etme Kalitesi	150
3.2.5.10. Hekimlerin Hastayla İletişimi	150
3.2.5.11. Hekimlerin Yeterli Bilgi Vermesi.....	151

3.2.5.12. Hemşirelerin Güler Yüzlülüğü.....	151
3.2.5.13. Hemşirelerin Sağlık Bilgi Düzeyi.....	152
3.2.5.14. Hemşirelerin Hastalara Karşı İlgisi.....	152
3.2.5.15. Diğer Personelin Güler Yüzlülüğü	153
3.2.5.16. Diğer Personelin Hastalara Karşı İlgisi	153
3.2.5.17. Yatış İşlemlerinin Kolaylığı.....	154
3.2.5.18. Hasta Odalarının Temizliği.....	154
3.2.5.19. Odalardaki Hasta Sayısı.....	155
3.2.5.20. İlaçların Temini.....	155
3.2.5.21. Odaların Isı ve Hava Sistemleri	156
3.2.5.22. Hasta Haklarına Saygı	156
3.2.5.23. Sağlık Kurumunun Toplam Hizmet Kalitesi	157
3.3. Hastane Birleşmeleri Sonucu Ortaya Çıkan Sorunlar ve Çözüm Önerileri.	157
SONUÇ	165
KAYNAKÇA.....	171
EKLER	184
ÖZGEÇMİŞ	192

TABLO LİSTESİ

Tablo -1: Türkiye’deki Yataklı Tedavi Kurumlarının Durumu	14
Tablo -2: Sağlık Hizmetlerinde Çağdaş Dönüşümler	31
Tablo -3: Hastanelerin Sınıflandırılması.....	43
Tablo -4: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı.....	52
Tablo -5: Hasta Tatmininin Ölçülmesi	83
Tablo -6: İş gören Fazlasının Ve Açığının Önlenmesi	94
Tablo -7: Kanunlarla İlgili Yasal Düzenlemeler.....	110
Tablo -8: Yönetmelikle İlgili Yasal Düzenlemeler.....	111
Tablo -9: Genelgelerle İlgili Yasal Düzenlemeler	111
Tablo -10: Yönergelerle İlgili Yasal Düzenlemeler.....	111
Tablo -11: Tüzüklerle İlgili Yasal Düzenlemeler	112
Tablo -12: Tebliğlerle İlgili Yasal Düzenlemeler	112
Tablo -13: Bazı Ülkelerde Aile Hekimliği Uygulamasına Başlama Tarihi	127
Tablo -14: Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Birinci Basamakta Ve Hastanede Yapılan Muayenenin Oransal Dağılımı (%).....	129
Tablo -15: Sağlık Personelinin Cinsiyeti	134
Tablo -16: Sağlık Personelinin Yaşı	134
Tablo -17: Sağlık Personelinin Mesleği.....	135
Tablo -18: Sağlık Personelinin Eğitim Durumu	135
Tablo -19: Sağlık Personelinin Medeni Durumu	135
Tablo -20: Hastaların Cinsiyeti.....	136
Tablo -21: Hastaların Yaşı	136
Tablo -22: Hastaların Mesleği	136
Tablo -23: Hastaların Eğitim Durumu	137
Tablo -24: Hastaların Medeni Durumu.....	137
Tablo -25: Sağlık Personelinin Bireysel İş Yüküne Ait Görüşleri	138
Tablo -26: Sağlık Personelinin Bireysel İş Prosedürlerine Ait Görüşleri.....	138
Tablo -27: Sağlık Personelinin İş Memnuniyet Düzeyine Ait Görüşleri.....	139
Tablo -28: Sağlık Personelinin Maddi Kazanımı (Döner Sermaye).....	139
Tablo -29: Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti	140

Tablo -30: Sağlık Hizmetlerinde Bürokrasi (Kırtasiye – Evrak)	140
Tablo -31: Sağlık Hizmetlerinde Laboratuar Ve Röntgen vb. Tetkik Çeşitleri	141
Tablo -32: Sağlık Hizmetleri İşlemlerinde Karmaşa	141
Tablo -33: Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi	142
Tablo -34: Sağlık Personelinin İş Yüğü	142
Tablo -35: Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Memnuniyeti	143
Tablo -36: Hastaların Sigortalı Olma Süresi.....	144
Tablo -37: Hastaların Kendisi Mi Ya Da Başkasının Üzerinden mi ? Sigortalı Olduğu	144
Tablo -38: Bir Sağlık Kuruluşuna Gitme Sıklığı	144
Tablo -39: SSK Hastanesine Gitmediğiniz Takdirde Hangi Hastaneye Gidersiniz	145
Tablo -40: SSK Hastanesinin Sağlık Bakanlığına Devrine Ait Görüşünüz.....	145
Tablo -41: Eğer Birleşmeden Sonra SSK Hastanesine Gitmeyi Düşünmemenizin Sebebi.....	146
Tablo -42: Hasta Kabul Hizmetleri (Bandrol)	146
Tablo -43: Muayene Bekleme Salonları	147
Tablo -44: Otomasyon (Bilgi – İşlem).....	147
Tablo -45: Yönlendirme Levhaları	148
Tablo -46: Güvenlik.....	148
Tablo -47: Polikliniklerin Temizliği	148
Tablo -48: Hekim Seçme Özgürlüğünü Kullanabilme	149
Tablo -49: Muayeneye Ayrılan Süre.....	149
Tablo -50: Hekimlerin Muayene Etme Kalitesi.....	150
Tablo -51: Hekimlerin Hastayla İletişimi	150
Tablo -52: Hekimlerin Yeterli Bilgi Vermesi	151
Tablo -53: Hemşirelerin Güler Yüzlülüğü	151
Tablo -54: Hemşirelerin Sağlık Bilgi Düzeyi	152
Tablo -55: Hemşirelerin Hastalara Karşı İlgisi	152
Tablo -56: Diğer Personelin Güler Yüzlülüğü.....	153
Tablo -57: Diğer Personelin Hastalara Karşı İlgisi	153
Tablo -58: Yatış İşlemlerinin Kolaylığı.....	154
Tablo -59: Hasta Odalarının Temizliği	154

Tablo -60: Odalardaki Hasta Sayısı	155
Tablo -61: İlaçların Temini.....	155
Tablo -62: Odaların Isı Ve Havalandırma Sistemi	156
Tablo -63: Hasta Haklarına Saygı.....	156
Tablo -64: Sağlık Kurumunun Toplam Hizmet Kalitesi.....	157

GİRİŞ

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabalar devlet tarafından gösterilmektedir. Devlete verilen bu görevi yerine getirmekle sorumlu olan organ Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı, gerekli durumlarda ilgili kamu kurum ve kuruluşlarla temasa geçerek gerekli olan sağlık hizmetlerini planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli en üst kurumdur. 1982 Anayasanın 56. maddesi ile devletin bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmedeki görevleri şu şekilde belirlenmiştir:

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Bu madde çerçevesinde ülkemizde halkın sağlığını korumak ve geliştirmek için devlet tarafından farklı yöntemlerle sağlık hizmeti verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini her vatandaşa eşit ve tek elden sağlarken, yataklı tedavi hizmetlerinde hem bizzat hizmet sunuculuğu hem de özel sektöre sundurduğu hizmeti denetlemek gibi önemli görevleri yerine getirmektedir. Devlet yataklı tedavi hizmetlerinde de çok büyük bir oranda hala hizmet sunan bir konumdadır. Özel sağlık hizmetleri son yıllarda önemli gelişme kaydetmesine rağmen hala istenenden çok uzak bir görünüm sergilemektedir.

Sağlık hizmetlerinde devletin birinci derecede rol oynamasının nedenlerini şöyle sıralayabiliriz: (Önertürk, 1984:2)

- a) Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi, kişiler açısından önemli olduğu kadar toplum açısından da önemlidir,
- b) Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi; insanların bilgisizliği, gelir dağılımındaki eşitsizlik, sağlık hizmetleri kalitesi vb. nedenlerle oldukça zordur. Devlet sağlık hizmetleri talebini daha iyi tahmin edebilir,
- c) Sağlık hizmetlerinde özel kesim girişimleri, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya yeterli değildir,
- d) Özel kesimde firmalar kârlılık oranına göre hareket ettikleri için sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir,
- e) Sağlık hizmetlerinde bütünlük söz konusudur. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirmektedir,
- f) Piyasa büyüklüğü; hastane, dispanser, poliklinik, laboratuvar gibi sağlık hizmeti üreten birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesini engellemektedir.

Devlet, gerek ekonomik kalkınmayı sağlamak gerekse beden ve ruhen sağlıklı insanları yetiştirmek için sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına ve iyileştirilmesine çalışmaktadır. Ancak, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması için sağlık hizmeti veren kurumların finans açısından güçlü olmaları gereklidir. Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde yapılan sağlık harcamalarının finansmanı; vergilerden, sigorta primlerinden ve doğrudan ödemelerden karşılanmaktadır. Artan nüfus ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler sağlık kurumlarının finansman ihtiyacını büyük ölçüde artırmıştır.

Günümüzde ise, tüm Dünya ülkeleri, geleneksel ekonomiden modern ekonomiye geçmeyi hedeflemektedir. Bunun gerçekleşebilmesi içinde, her sahada verimliliğin esas kılınması mümkündür. Bu sahalardan biriside, sağlık sektörü ve sağlık sektörü içerisinde yer alan hastanelerdir.

“ Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavi ve bakımlarının yapıldığı, genel sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kurumlarıdır. Bu kurumlarda verimliliğin esas alınması ve modern işletmecilik anlayışının yerleşmesi, kıt kaynakların daha etkin

kullanımını mümkün kılabilir. Kaynakların etkin kullanımı, ülke ekonomisini güçlendirecektir. Çünkü, kaynak kullanımında etkinlik, israfı önleyecek ve diğer sahalara da kaynak aktarımını mümkün kılacaktır. Hastanelerin daha kaliteli hizmeti, daha az maliyetle verebilmesi için, dünya da tıbbi alanda meydana gelen gelişme ve değişmelere ayak uydurması gerekmektedir.” (Dızman, 1996: 1-2)

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, genellikle hizmete yönelik kullanılan kaynakların yeterliliği ve bu hizmetlerden yararlanan insan sayısı gibi nesnel öğeler ele alınmakta, hastaların bu hizmetleri alırken karşılaştığı davranışlar, hasta hakları ve hasta memnuniyeti gibi hususlar ikinci planda kalmaktadır (Şener, 1994: 1-4). Hâlbuki birçok hasta, ulaşabileceği en iyi sağlık hizmetini; sağlık personelleri tarafından verilmesinin yanında, alacağı hizmet hakkında kesin bilgi alabilme beklentileri dikkate alınarak değerlendirmektedir.

“Hasta memnuniyeti, hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt olarak tanımlanmıştır” (Donebedian; 1992). Hastalar sağlık hizmetini, hizmetle ilgili beklentileriyle onlara verilen hizmetler sonucu edindikleri tecrübe arasındaki farka göre değerlendirmektedirler. Hastaların beklentileriyle almış oldukları sağlık hizmetleri arasında uygunluk olduğunda memnunluk düzeyi artar. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için hastaların memnuniyetlerinin de dikkate alınması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu, hasta ile hizmeti sunan personel arasındaki doğrudan ya da dolaylı iletişimle gerçekleşmektedir. Bu görevliler arasında ilk planda hekimler ve hemşireler yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve başarısının artırılması için, bu hizmetin verildiği kurumlarda çalışan personelin yükümlü oldukları görevlerin önemli bir bölümünü, hastalarla onların beklentileri doğrultusunda iletişim kurmak, kişilik haklarına saygılı davranmak ve güvenilir olmak oluşturmalıdır (Eren ve Kalaça,1995:1-4). Bunlar, dünyada yayımlanan hasta hakları bildirelerinin ve 1998 yılında resmi gazetede yayımlanarak ülkemizde de yürürlüğe giren hasta hakları yönetmenliğinin esas unsurlarını oluşturmaktadır. Bu hususlar göz önüne alındığında; “sağlık hizmeti sunan kurumların, sağlık hizmetlerinin psikososyal doğasının farkına varmaları, hasta hakları ve memnuniyeti

doğrultusunda ortaya çıkacak gereksinimlere cevap verecek uygun çözümler geliştirmeleri gerekmektedir.” (Ataç, 2002:1-5).

Sağlık hizmetleri sunumunun stratejik ve operasyonel düzeyde daha iyi planlanması ihtiyacı tüm ülkelerde aynı sebeplere dayanmaktadır. Bu sebepler şunlardır: (Peker, 2000: 1-3)

1.Sağlık sektörlerinin, ülkelerin gayri safı milli hâsıllarından her geçen gün, artan oranda paylar alması,

2. Değişen fiziksel, sosyal ve biyolojik çevre şartları,

3. Bireylerin değişim içindeki yaşam tarzları ve tüketici davranışları,

4. Sağlık sektöründe hizmet sunan birey ve kurumlardaki niteliksel ve niceliksel değişim. Hastane yönetimleri, toplumun sağlık düzeyini koruma ve yükseltme amaçlarını gerçekleştirme çalışmalarında, gelecekle ilgili belirsizliklerin minimum düzeye indirecek pazar analizlerini ve tahmin yöntemlerini kullanmaktadırlar.

Modern pazarlama anlayışına göre sağlık hizmeti sunan kuruluşların, hastanelerin faaliyetlerinin odak noktası, mevcut olan hastalardır. Böylece mevcut olan hastaların beklenti ve ihtiyaçları çeşitli yöntemlerle araştırılıp belirlenir. Elde edilen seçenekler arasından en uygun olan bilgiler doğrultusunda faaliyetlerin yeniden düzenlenmesi ve hizmet verilmesi sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini arttıracak ve kıt kaynakların daha rasyonel kullanılmasını sağlar (Tatarlı, 2007:2-5). Bir bireyin en temel haklarının başında sağlıklı ve güven içinde yaşama hakkı gelmektedir. Bu hakkı, rahat bir şekilde yaşayabilmek için Sosyal Sigortalar Kurumuna mensup hastaların yaşadıklarıyla, 2004 yılında gerçekleştirilen hastane birleşmelerinin boyutları, yansımaları, hasta ve hasta yakınlarının bundan ne kadar memnun olduğunu, en çok hangi faaliyetlerin yerine getirildiği gibi birçok soruya cevap verebilmesi açısından önemlidir. Bu açıdan bakıldığında Numune hastaneleri ve SSK hastanelerinin birleşmesi toplum ve en önemlisi hastalar için daha etkili olmuştur. Bu durumda Numune hastanelerinin ve SSK hastanelerinin birleşmeden önceki ve sonraki durumlarını belirlemek büyük önem arz etmektedir.

Bu araştırmanın amacı; son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan hastane birleşmelerinin hastanelerde verimliliği artırıp arttırmadığını araştırmak, hasta ve

yakınlarının hizmet tatmini ile birleşmenin hekimler ve diğer sağlık personelinin çalışmalarını nasıl etkilediğini ortaya koymaktır. Bu bağlamda ayrıca sosyal güvenlik sistemindeki değişmelerin ve sağlıkta dönüşüm projesiyle birlikte ortaya çıkan hastane birleşmelerinin sonuçlarını da irdelemektir. Bu amaçla, konuya ilişkin teorik bilgilere yer verildikten sonra, Konya’da (Konya Numune Hastanesi ile Konya SSK Hastanesinin birleşmesinden sonra) hem sağlık çalışanları ile hem de hastalar ile bir anket çalışması yapılmış ve veriler SPSS 16.0 paket programında değerlendirilmiştir.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde; Sosyal Güvenlik Sistemindeki tarihi gelişmeler incelenerek, sağlık hizmetleri ile ilgili genel kavramlara yer verildikten sonra, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve finansman kaynakları üzerinde durulmaktadır.

İkinci bölümde; Hastaneleri birleşmeye iten faktörler bağlamında yaşanan sorunlara değinildikten sonra, hastane birleşmelerinin muhtemel sinerjik etkilerine yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde ise; Konya Numune ve Konya SSK hastanelerinin birleşmesi sonucu hizmet kalitesi ve çalışanların iş yükünün tespitine yönelik bir alan çalışması yapılmıştır. Son olarak da çıkan sonuca göre değerlendirme yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK VE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ İÇERİSİNDE YER ALAN SAĞLIK KURUMLARININ DURUMU

Toplumun sağlıklı olarak hayatini devam ettirebilmesi, hastalık, kaza, yaşlılık, ölüm, gibi sebeplerle toplum düzeninin bozulmaması için devletler sağlık ve sosyal güvenlikle ilgili ayrıntılı düzenlemelere yer vermişlerdir. Birçok ülkede bu düzenlemeler anayasalar ile başlamış, kanun, kararname ve yönetmeliklere kadar indirgenmiştir. Devletin klasik görevlerinden olan sağlık ve sosyal güvenlik işlevi bütçeden önemli fonların bu alanlara tahsisine sebep olmaktadır. Özellikle Batı ülkelerinde, ABD ve Japonya’da sağlık ve sosyal güvenlik giderlerinin bütçe üzerindeki yüklerinin azaltılabilmesi için devlet özel sigortacılığı teşvik etmiş, hayat-hastalık ve ihtiyarlık sigortaları için özel teşvikler vermiştir. Bu ülkelerde bizde olduğu gibi bütün sağlık ve sosyal güvenlik yükü bütçe üzerinde olmayıp, özel sigorta ve emeklilik şirketleri üzerine delege edilmiştir.

Ülkemizde özellikle 1970’li yıllarda başlamak üzere kamuda önemli ölçüde istihdamın artırılması, takip edilen erken emeklilik politikaları, genç yaşta emekli olma sosyal güvenlik kurumlarını (Emekli Sandığı, SSK ve Bağ kur) finansal yönden çökertmiş, meydana gelen büyük açıklar sebebiyle bütçeden yapılan transferler bütçe disiplini bozmuştur. Sosyal transferler içerisinde sağlık giderleri çok daha hızlı artmıştır. Bu artışın başlıca sebebi, bir memur veya işçinin ortalama beş kişiye bakması, ilaç israfı, sağlık kurumlarının gereken verimlilikle çalışmaması ve bazı bölgelerde giderler konusunda sağlık personelinin yapmış olduğu suiistimaller vb. ülkemizde sağlık ve sosyal güvenlik sistemin acilen elden geçirilmesi, bütçe uygulamalarının üzerindeki ağır finansal yükün kaldırılması için tedbirlerin alınması kaçınılmaz olmuştur. Son yıllarda bu konuda önemli dönüşüm projelerinin hazırlandığını görmekteyiz. Burada öncelikle sosyal güvenlik sisteminden ne anlaşılması gerektiğinin açıklanmasında fayda vardır.

1.1. Sosyal Güvenlik Sistemi

Sosyal Güvenlik; hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı, toplumun kendini korumasıdır. Karşılaşılan bu sorunlar bireyin gelirinin azalması veya artmasına neden olmaktadır. Çalışma gücünü olumsuz yönde etkileyen hastalık, yaşlılık ve sakatlık gibi fizyolojik riskler ile çalışma gücünü etkilememekle birlikte onun kullanımını önleyen işsizlik, bu türden risklerdir. Bu risklerle karşılaşan birey, geçici ya da sürekli olarak gelirden yoksun kalmakta, ekonomik güvensizlik ortamına itilmektedir. Bu nedenle sosyal güvenlik politikalarının temelini ekonomik, sosyal ve fizyolojik risklerin bireyler üzerindeki etkilerini giderme çabaları oluşturmaktadır (Akkaya, 2000:2-15). Sosyal güvenlik sistemi; toplum tarafından ihtiyaç duyulan sosyal korumanın hangi yöntemlerle yapılacağına sistematik olarak belirlenmesidir. Diğer bir ifadeyle sosyal güvenlik sistemini şöyle de tarif edebiliriz: Sosyal güvenlik sistemi; özünde bir dayanışma ihtiyacından doğan ülke düzeyinde kurumsallaşma olgusudur.

Çağdaş sosyal güvenlik kavramının hedeflediği risklerin çoğu sağlıkla ilgilidir. Sağlıkla ilgili olup sosyal güvenlik programı çerçevesine giren asgari yararlanımlar şunlardır: (Maral, 1995:125-127)

- I. Basamak Sağlık Hizmetleri (Aile Hekimliği, Sağlık Ocakları, Koruyucu Sağlık Hizmetleri vb.).
- II. ve III. Basamak Sağlık Hizmetleri (Ayakta ve Yataklı Tedavi Hizmetleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri).
- İlaçların kamu tarafından karşılanması,
- Ana – Çocuk Sağlığı Hizmetleri

1.2. Sosyal Güvenlik Sistemindeki Gelişmeler

Cumhuriyetin kurulmasından önce sosyal güvenlik sistemi daha çok dini kurumlarla yürütülmekteydi. Devlet memurları hazineden emekli maaşı almalarına ve bazı özlük haklarının olmasına karşılık genel olarak halk (avam); vakıflar, iane sandıkları, zekat ve yardım kurumları v.b. hayır kuruluşları ve bireylerin doğrudan

yapmış oldukları yardımlarla gerçekleştirmektedir. Hastaneler de genellikle vakıf kuruluşları tarafından işletilmekte ve fakirler için özel fonlar bulunmaktaydı. Mesela Vakıf Gurabe Hastanesi bu tip oluşumlar için çok canlı bir örnektir.

İslam dini sosyal yardımlaşma zemini üzerinde önemli bir güce, bağa ve kardeşlik duygusuna sahiptir. Mesela sadece “Komşusu açken tok yatan bizden değildir” hadis-i şerifi kendi başına bir sosyal yardımlaşma kurumuydu. Fakirlere, muhtaçlara, yetimlere, yolda kalmışlara yardım ediniz mealinde binlerce emir ayetlerde ve hadislerde yer almaktadır. Ayrıca dini kitapların neredeyse tamamında bu konuda yardım yolları açıklanmakta ve yetkililer ile varlıklı olanları fakir ve muhtaç olanlardan manen sorumlu tutmaktadır.

Cumhuriyetle birlikte öncelikle çalışanlar için Sosyal Sigortalar Kanunu (09.07.1945) kurulmuş, arkasından Emekli Sandığı (01.01.1950), Bağ-Kur (14.09.1971) ve daha sonra da Yeşil Kart (03.07.1992) yer almıştır.

1.2.1. Sosyal Güvenlik Sistemindeki Gelişmelerin Sebepleri

İşlevi ve etkinliği açısından tutarlı ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi, güçlü bir toplumsal dayanışma ve dolayısıyla güçlü bir gelişme potansiyeli yaratacak en önemli unsurlardan birisidir. Kurumsallaşmış bir toplumsal dayanışma, yani sosyal güvenlik sistemi, çalışan genç nesillerden yaşlı ve muhtaç nesillere ve yüksek gelir gruplarından düşük gelir gruplarına büyük ölçekli gelir transferlerini gerektirir.

Ülkemizde kişi başına gelirin düşüklüğü, devlet gelirlerinin azlığı yeterli fonların sosyal yardımlaşma kurumlarına transferine imkân vermediği gibi; yasal düzenlemelerde ve sistemde yapılan büyük hatalar (erken emeklilik gibi), çalışanın emekli olanlara oranının tehlike derecesinde düşmesi sonucunda emekli aylıkları ve muhtaç yaşlılara verilen sosyal yardımlar düşük seviyelerde kalmış, sağlık hizmetlerinde yeterli yaygınlık ve kalite sağlanamamış, sosyal güvenlik kapsamı toplumun tümüne yaygınlaştırılamamıştır. Bunun yanında henüz genç bir toplum olmamıza rağmen, sistemin hızla bozulan mali dengesi ekonomik istikrarı tehdit eder boyutlara ulaşmıştır.

Sistemimizin sadece bugün içinde bulunduğu sorunlarını çözmeyi hedefleyen bir reform yeterli değildir. Özellikle emeklilik programlarında 40–50 yıllık bir mali ve demografik dengenin (aktüeryal denge) gözetilmesi, henüz genç bir nüfusa sahipken emeklilik amacıyla fon birikiminin oluşturulması ve bu fonların üretken alanlarda kullanılarak yaşlılık riskine karşı hazırlıklı olunması bugün artık bir zorunluluk haline gelmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004 : 3-6).

Tüm bu nedenlerle, uluslar arası normlara, adalet ve eşitlik ilkelerine uygun, toplumsal dayanışmayı güçlendiren, çağdaş bir sosyal güvenlik sistemi oluşturma yönünde köklü bir reform süreci kaçınılmazdır.

Reformun başarısı, sosyal güvenlik alanına ayrılacak kaynağın etkin ve verimli bir şekilde kullanılması ile mümkündür.

1.2.2. Sosyal Güvenlik Sisteminde Dünya’daki Gelişmeler

Sanayileşmeden önce sosyal güvenliğin, o dönemin toplumsal gereği olarak; ilkel, bir tür “doğal sosyal güvenlik” anlayışında, kurumsallaşmamış, kamusal girişimden yoksun, dinsel boyutları ağır basan, oldukça dağınık, dar kapsamlı ve sınırlı olduğu anlaşılmaktadır. Bilinen en eski sosyal güvenlik sistemi örneğini Eski Mısır’da Yusuf Peygamber’in organize ettiği rivayet edilmektedir. Yusuf Peygamber’in yedi bolluk yılında çok geniş stoklar yaptığı ve izleyen yedi kıtlık yılında bunların dağıtımını yaptığı; böylece tasarrufla harcama arasında etkili bir denge kurarak, yaşam standartlarında olası derin değişimleri önlediği belirtilmektedir. Daha sonraları Eski Roma, Yunan ve Mısır’da İ.Ö. 2000 yıllarında yoksul ve muhtaçlara yardım eden kurumların varlığından söz edilmektedir. (Beşer , 1988: 70-71)

Endüstri öncesi toplumlarda aile, karşılıklı yardım sandıkları ve dinsel nitelikli hayır kurumları, yoksul ve hasta insanlara destek olma işlevini üstlenmişlerdir. Özellikle Ortaçağ’da kilisenin oluşturduğu hayırsever kurumlar (hasta evleri, aşevleri, manastırlar vb.) yoksullara yardım elini uzatan başlıca kurumlar olmuştur. 16. yüzyıldan itibaren de, kilisenin denetimindeki yardım kurumları yanında devletin oluşturdukları da ortaya çıkmaya başlamıştır. 17.yüzyılda kilisenin özel yardım (sadaka) kurumları, sosyal koruma aracı olarak etkin bir rol

oynamıştır. Bu gelişmelere koşut olarak, 18.yüzyılda felsefi düşüncelerde, o güne kadar uygulanmakta olan yardım düzenekleri konusunda önemli değişiklikler olmuştur. Bu durumu Montesquieu şöyle dile getirmiştir: “Sokakta dağıttığımız sadaka ile devlet yükümlülüğü yerine getirilmiş olmaz; devlet tüm vatandaşlara belli bir güvence sağlamak; yiyecek, elbise vermek ve sağlığına aykırı olmayacak bir yaşam düzeyi hazırlamakla yükümlüdür.” (Beşer,1988:70-71)

1789 Fransız Devrimi, devlet ile birey arasındaki ilişkiye yeni bir bakış açısı kazandırmış, giderek değişik bir yardım anlayışı ortaya çıkmıştır. Tüm dikkatler yoksulluk kavramı üzerinde toplanmış, tam istihdam, tıbbi yardım vb. konularda yeni düşünceler ortaya atılmıştır. Kamu yardımlarından yararlanmanın bir hak olduğu, 1793 tarihli İnsan Hakları Bildirisi’yle de onaylanmıştır. Ne var ki düşüncelerin yaşama geçirilmesi mümkün olmamış ve 19.yüzyılın başlarına kadar somut bir ilerleme sağlanamamıştır.(Güzel ve Okur, 1999:459-460)

Sanayi Devrimi ile köklü dönüşümlere uğrayan toplumsal hayat, en önemli değişimlerden birini de sosyal güvenlik alanında yaşamıştır. Üretim ilişkilerinin değişimine bağlı olarak toplumsal yapı ve iş bölümü de değişmiştir. Toplum kısa sürede iki sınıfa bölünmüştür.

Bu iki sınıf; çok zenginleşen kapitalistler ile tek geliri emek gücü olan yoksul işçilerden oluşmuştur. İşçilerin içinde bulundukları kötü koşullar, uzun çalışma süreleri, çok sayıda iş kazası, yetersiz ücret, yoksulluk, hastalıklar, iş ve gelecek güvencesi bulunmamasının verdiği huzursuzluklar onları sık sık başkaldırmaya yöneltmiştir (Güvercin, 2000:2-7)

Gerçekten de ekonomik ve sosyal koşullar, modern anlamdaki sosyal güvenlik sistemlerinin hazırlayıcı ve yönlendirici etmenleri olmuştur. Batı Avrupa’da sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimi genellikle iki döneme ayrılarak incelenmektedir. Bunlar:

1. Klasik dönem olarak adlandırılan ve Almanya’da Bismarck’ın etkisi sosyal sigortaların ilk kez kabul edilmesiyle başlayan dönem

2. Birinci Dünya Savaşı’ndan sonraki dönemdir. (Güzel ve Okur, 1999:459-460)

19. yüzyılın sonunda Almanya’da Bismarck, önemli bir sosyal politika aracı olarak sosyal güvenlik kavramına başvurmuştur. Bir yandan emek gücünün yeniden üretimine olanak tanıyan, öte yandan da işçileri sistem ile bütünleştirmeyi kolaylaştıran sosyal sigorta modeli oluşturarak modern anlamda ilk adımı atmıştır. Bu ülkeyi diğer Avrupa ülkeleri izlemiştir. Özellikle iki dünya savaşı arasında ve savaş sonrası dönemde sosyal güvenlik alanındaki çabalar yoğunlaşarak günümüze kadar gelmiştir.

II. Dünya Savaşı’nın ardından hızla yaygınlaşan sosyal güvenlik sistemleri özellikle 1980’lerden sonra birçok ülkede krize girmiştir. Dünya genelinde yaşanan sosyal güvenlik sistemi krizleri incelendiğinde, gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerde yaşanan krizlerin farklı sebeplere bağlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir. (Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, 12.Şubat.2007)

Gelişmiş ülkelerde krizin temel sebebi hızlı yaşlanma eğilimidir. Beslenme ve sağlık alanlarında yaşanan gelişme, aile yapısının eski sağlamlığını kaybetmesi ve bireysel yaşama alışkanlığının hız kazanması, doğum oranlarının düşmesi, çocuk sahibi olma yaşının yükselmesi gibi nedenlerle bu ülkelerde nüfus hızla yaşlanmaktadır. Yaşlanma ile birlikte bağımlı nüfusun ve sağlık hizmeti giderlerinin artması, bunun yanında sosyal güvenlik sisteminin finansmanını sağlayan çalışan nüfusun (aktif sigortalı) artışının sınırlı kalması bu ülkelerde yaşanan krizlerin ortak sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır.(DPT, t.y : 17-20)

OECD ülkelerinde 1990 yılında nüfusun % 18’ini oluşturan 60 yaş üstü nüfusun 2007 yılında % 22 ve 2030 yılında % 30’lar düzeyine ulaşacağı beklentisi, yaşanan krizin ileride daha da derinleşeceğine işaret etmektedir. (Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, 12.Şubat.2007)

Bizim gibi genç nüfusa sahip olan gelişme sürecindeki ülkelerin sosyal güvenlik sisteminin krize girmesinde ağırlıklı rolü; emeklilerin çalışanlara olan oranının yükselmesi, aktüeryal ilkelere aykırı uygulamalar oynamıştır. 2008 itibariyle Türkiye’de 1,7 çalışana karşı bir emekli bulunmaktadır. Hâlbuki bu oranın, Batı’da olduğu gibi, 5/1 ve 7/1 gibi olması gerekirdi.

1.2.3. Sosyal Güvenlik Sisteminin Ülkemizdeki Gelişmeleri

Sosyal güvenlik sisteminin ülkemizdeki gelişmelerine Osmanlı İmparatorluğu ve Cumhuriyet Dönemi ile sınırlandırarak ele alacağız. Osmanlı sisteminde İslâmi hükümler geçerli olduğu için devlet yönetimi de bu kurallardan önemli ölçüde etkilenmiş ve İslâm dininin kuralları çerçevesinde hareket edilmiştir. Devlet memurlarına hazineden emekli ücretleri öderken toplumdaki diğer sosyal faaliyetleri büyük ölçüde vakıflar, yardım kurumları ve bireyler yürütmüşlerdir. Sistemin özünü vakıf kurumları oluşturmaktadır. Dini anlayışa göre vakıflar, vakfı yapanın büyük mükâfat alacağını ve bunun devamlı olacağını belirlediği için, büyük revaçta olmuş, binlerce vakıf kurumu imparatorluğun bütün bölgelerinde kurulmuştur.

Ayrıca zekat müessesesi, fitra kurumu, hayır-hasenat anlayışı düşük gelir gruplarının gözetim altına alınmasında çok etkili olmuştur. Mahalle birlikleri, hayır sandıkları, Ahi Teşkilat yardımları, iane birlikleri bir tip sosyal güvenlik kurumları olarak görülebilir. Ayrıca tüccarlar kendi aralarında yardım sandıkları kurarak mallarını sigortalamışlar, sigorta konusunda devlet de bunlara yardımcı olmuştur. Yangın, su basması, deprem, savaş hali gibi durumlarda da özellikle mahalli yardım üniteleri ortaya çıkan yaraları sarmak için büyük gayretler ve faaliyetler göstermişlerdir.

Sosyal güvenlik içerisinde en önemli gelişme sağlık kuruluşlarında yaşanmıştır. Aşağıda Osmanlı Devletinde ve Cumhuriyet Döneminde sağlık kuruluşlarının işleyişi biraz daha detaylı olarak ele alınacaktır.

1.2.3.1. Osmanlı Devleti’nde Tedavi Hizmetleri

Osmanlı Devleti yönetimi, her alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri ve hastane yönetimine de önem vermiştir.

Osmanlı Devleti’nde XV. yy.dan itibaren yaklaşık 400 yıl devletin sağlık işlerini hekimbaşılar yürütmüşlerdir. Hekimbaşılar XIX yy. ortalarına kadar ülkenin bütün sağlık işlerinden sorumlu olmuşlardır. Hekimbaşının emrinde Hassa-Saray hekimleri çeşitli sivil sağlık kuruluşları, hastaneler, körhaneler, cüzzamhaneler ve çeşitli sosyal yardım kuruluşları vardı.(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004: 3–4)

Hekimbaşı Padişahla birlikte sefere çıkar, yemek esnasında bile yanında bulunurdu. Hastanelerin açılması, sağlık personelinin atanması, hekimlerin sınavları ve yetersiz olanların mesleklerini uygulamadan alıkonulması, muayenehane açabilmeleri için izin verilmesi, salgın hastalıklarla savaş, ordunun ilaç ve gereçlerinin sağlanması, saklanması ve korunması gibi bütün işler hekimbaşının görevleri arasındadır. Hekimbaşılık 380 yıl devam etmiş ve bu sürede 46 hekimbaşı görev yapmıştır.

Osmanlı Devleti'nde; toplumun sağlık hizmetleri vakıflar ve onlara bağlı hastaneler, sosyal kuruluşlar, sağlık eğitimi veren okullar, özel hekim muayenehaneleri, eczaneler vb. tarafından yapılmıştır.

Osmanlı Devleti'nde sağlık mevzuatı ile ilgili çalışmalar ilk defa Sultan II. Mahmut devrinde 1838'de sağlık yasamız olan 'Karantina Nizamnamesi' ile başlamıştır. 1871'de çıkarılan "Sıhhiye Müfettişleri" ve "Memleket Tabiplikleri Kurulması ve Ataması Hakkında İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Mülkiye Nizamnamesi" (Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Tüzüğü) ile sağlık hizmetlerinin ilçelere kadar yayılması sağlanmıştır.

Osmanlı Devleti sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde birçok ülke ile işbirliği yapmıştır. Hekim temini, bilimsel çalışmalar, eğitim, karantina hizmetleri ve uluslar arası konferanslar gibi çalışmalara önem verilmiştir.

1905 yılında 32 vilayette ve 9 sancaktan hepsinde hastane yoktu. Van ve Hakkari gibi illerde hekim de yoktu. İstanbul'da Haseki, Gureba, Zeynep Kamil, Beyoğlu Zükür, Darülaceze, Hamidiye Etfal ve Cerrahpaşa hastaneleri vardı.

Bunun yanında; asker hastaneleri, yabancılara ve azınlıklara ait hastaneler ile Tıp Fakültesi hastaneleri vardı. Sivil hastane bulunmayan yerlerde fakir ve kimsesiz hastalar asker hastanelerinde tedavisi yapılmaktaydı. Masrafları mahpuslar ve kimsesizler ödeneğinden ödenmekteydi. 1909 yılında tüm yurttan 2656 hekim bulunmaktaydı. Bunların 773'ü yabancı uyruklu idi. 20.000 kişiye bir hekim düşmekteydi.

Hastanede tıbbi hizmetlerin yönetiminden başhekim, onun dışında kalan işlerin yönetiminden de “Tımarhane Ağası”, “Bimarhane Ağası”, “Hastane Nazırı”, “Müdür-i Hastane” unvanı verilen hastane yöneticileri sorumlu idiler.

Sağlık işlerinin yapılmasında sivil toplum kuruluşlarının katkıları büyük olmuştur. Bu kuruluşlardan bazıları şunlardır:

- Hilal-i Ahmar cemiyeti
- Cemiyeti İmdadiye
- Himaye-i Etfal cemiyeti
- Veremle savaş cemiyeti gibi

Sağlık hizmetlerinin batılı ve modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmasının temeli Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümetinin kuruluşu ile atılmıştır.

Milli Mücadelenin başlangıcında Ankara’da kurulan ilk Milli Hükümet bünyesinde, 02 Mayıs 1920 ve 3 sayılı Kanunla yer alan Sıhhiye Ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti’ ne (Sağlık Bakanlığı) verilmiştir.

İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar’ dır. 11 Mayıs 1920’de göreve başlamıştır. Şimdiki yönetim sisteminin çekirdeği tespit edilmiştir.

1.2.3.2. Cumhuriyet Döneminden Günümüze Tedavi Hizmetleri

1923 yılında, Cumhuriyet kurulduğunda Türkiye’deki yataklı tedavi kurumlarının sayısal durumu şöyle idi: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003)

Tablo - 1: Türkiye’deki yataklı tedavi kurumlarının durumu

Kurumun Cinsi	Sayısı	Yatak Sayısı
Devlet Hastanesi	849	135 240
Belediye Hastanesi	5	1 138
Özel İdare Hastanesi	365	17 995
Özel, Yabancı ve Azınlık	56	29 700
Toplam	1 875	184 073

Kaynak: Cumhuriyet döneminde Türkiye’deki yataklı tedavi kurumlarının durumu

Bakanlık, her il merkezinde kurulmuş bulunan mevcut devlet hastanelerinin sağlık koşulları ve yönetim yönünden düzeltilmesi için yol göstermiş, bütçesine koyduğu yardım ödeneklerinden mali durumları kötü olanlara yardım etmiş ve illere rehber olmak üzere 1924’de Ankara, Konya, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas gibi Numune Hastanelerini açmıştır.

Nüfusun çoğunluğunu teşkil eden ilçe merkezlerindeki halkın, sağlık hizmetlerinden yararlandırılması için 1924’de 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde Muayene ve Tedavi Evleri açılmıştır. Daha sonra sağlık merkezlerine ve sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür.

1923’e kadar zamanın koşulları içerisinde yürütülen Bakanlık çalışmaları; memleketin sağlık şartlarını düzeltmek, ulusun kişi ve toplum sağlığına zarar veren etkenlerle savaşmak, gelecek kuşakların sağlıklı olarak yetiştirilmesini sağlamak amacıyla hızla ilerlemeye yönelmiş ve yeni bir statü ile hizmet alanı, merkez ve taşra örgütü genişletilmiştir.

Bakanlık, 1925 yılında hazırlamış olduğu ilk çalışma programına çözülmesi zorunlu sağlık sorunlarını şöyle sıralamıştır:

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek
- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak
- Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek
- Sağlıkla ilgili kanunları yapmak
- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek
- Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurmak.

1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”, 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

Teşkilat ve Memurin Kanunu” ile mevzuat alanındaki eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır.

II. Dünya harbinden sonra bütün dünya ülkelerinde değişen sosyal yaşantı ve ekonomik güçlükler birçok sağlık sorunlarını da beraberinde getirmiş, diğer ülkeler gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin rasyonel ve planlı bir şekilde uygulanması için çalışmalar yapılmıştır. Kasım 1946 ‘da Yüksek Sağlık Şurası’nın onayından geçen Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı bunların ilkidir.

1960 yılından itibaren 10.000 nüfusa 26 hasta yatağı hedef alınmış ve 1962 yılından itibaren her yıl 1.900 hasta yatağının ilavesi öngörülmüştür. 2003 yılı sonunda ise; 180.797 hasta yatağına ulaşılmış, 10.000 nüfusa düşen hasta yatağı sayısı da 25,5 olarak gerçekleşmiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2000 : 6-7)

1972 yılında hasta yatakları temel dallara göre belli nüfus kriterlerine ayrılmıştır. Buna göre 10.000 nüfusa 16 genel hasta yatağı, 2,5 doğum yatağı, 2,5 göğüs hastalıkları yatağı, 3 ruh ve sinir hastalıkları yatağı, 1,5 onkoloji yatağı ve 0,5 diğer dal yatakları esas alınmıştır. Bu kriterlerin 2003 yıl sonundaki durumu ise; genelde 20.6, doğumda 1.35, göğüste 1.12, ruh sağlığında 0.85, onkolojide 0.13, diğer özel dalda 1.33 olarak gerçekleşmiştir. Göğüs hastalıkları, doğum, ruh sağlığı ve onkoloji dalında hedef oranlara ulaşamadığı görülmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2000 : 6-7)

1982 yılında kabul edilen Anayasamız, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler başlığı altında, sağlık alanındaki düzenlemeleri ele almıştır. Anayasanın 41. maddesi ile aile, Türk toplumunun temeli olarak kabul edilmiş ve devlet, ana ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri almakla yükümlü kılınmıştır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2000 : 6-7)

Anayasanın 56. maddesi ile ise, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak hak olarak kabul edilmiştir. Bu hakkın kullanılması için çevrenin geliştirilmesi ve korunması devlete ve vatandaşlara ödev olarak yüklenmiştir.

Bakanlık, gerek Anayasa emri ve gerekse çeşitli kanunlarla kendisine verilen görevleri yerine getirmek amacıyla, planlı döneme girdiğimiz 1960 yılından itibaren,

yeni bir görüş ve hizmet anlayışı ile sağlık politikamızın ana ilke ve hedeflerini tespit etmeye başlamıştır.

İlke ve hedeflere ulaşmak için yeni bir sağlık organizasyonu ve uygulaması saptanarak sağlık hizmetleri 5.1.1961 tarih ve 224 sayılı Kanun ile sosyalleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde reform meydana getiren bu hizmetin uygulamasına 1963 yılında başlanılmıştır ve halen devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kesintisiz 24 saat devam ettirilmesi amacıyla 29.6.1978 tarih ve 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” yürürlüğe konmuş, bu Kanun 31.12.1980 tarih ve 17207 sayılı “Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ile yürürlükten kaldırılmıştır.

1982 Anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler içermektedir. 60.maddesi herkesin “sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini” içerir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 58.maddesinde “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir” ifadesiyle yer almıştır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004:3–6)

1980’li yıllar, 1961’de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi gayretlerine şahit olmuştur. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu husustaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları düzenlemek amacıyla Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır.

Ülkemizde sosyal güvenlik sistemi, başta Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur), Emekli Sandığı (ES), yeşil kart (YK) olmak üzere çeşitli sigorta sandıkları, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetlerden oluşmaktadır. (Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, 12.Şubat.2007)

SSK özel sektörde çalışan işçiler, kamu işçileri, tarım işçileri ve isteğe bağlı sigortalılara hizmet vermektedir. Bağ-Kur esnaf ve sanatkarlar ile diğer bağımsız çalışanlar ile çiftçiler ve isteğe bağlı sigortalıları (ev hanımları ve muhtarlar), Emekli Sandığı devlet memurlarını kapsamaktadır. Aktif, pasif ve bağımlılar ile birlikte

toplam 61,38 milyon sigortalı nüfusumuzun % 61'i SSK, % 28'i Bağ-Kur ve % 11'i Emekli Sandığı kapsamındadır. (Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, 12.Şubat.2007)

Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi incelendiğinde, genç bir toplum olmamıza rağmen, uzun dönemli aktüeryal dengelerin yeterince gözetilmemesi ve kurumsal yetersizlikler sosyal güvenlik sistemimizin sürdürülemez bir duruma gelmesine yol açmıştır.

İçinde bulunduğu yapısal sorunlar nedeniyle mali yapıları hızla bozulan sosyal güvenlik kuruluşlarımız 80'li yıllarda öz kaynaklarını tüketerek 1991 yılından reformun ilk aşamasının hayata geçirildiği 2000 yılına kadar katlanarak artan şekilde açık vermeye başlamışlardır. 1994 yılında % 1 olan finansman açıklarının GSMH içindeki payı 2006 yılında % 4,23'ye yükselmiştir. Daha sonra 2007 yılında % 3,94 iken 2008 yılında % 4,85 olmuştur. (Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, 12.Şubat.2007)

Yapısal sorunları nedeniyle önemli boyutlara ulaşan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın finansman açıkları, vergiler ya da hazine borçlanması yolu ile finanse edilmektedir. Böylece kamu kesimi borçlanma gereği yükselmekte, bu ise daha yüksek faizlerle borçlanma sonucunu getirmektedir. Dolayısıyla, artan faiz yüküne paralel olarak, gelir dağılımı yoksul kesim aleyhine değişmektedir. Ayrıca, bütçe içinde hızla artan faiz yükü, gelir dağılımında en altta bulunan kesime yeterince yardım yapılmasını engellemektedir.

1.3. Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Süreçte Ortaya Çıkan Problemler ve Alınan Önlemler

Uzun dönemli demografik dengelerin yeniden etkinliğini geliştirmeyi amaçlayan sosyal güvenlik reformu iki aşamalı bir süreç olarak tasarlanmış ve 1999 yılından itibaren hayata geçirilmeye başlanmıştır. Burada sosyal güvenlik sisteminde yaşanan süreçte ortaya çıkan problemler kısaca şu şekilde açıklayabiliriz:

- Finansal açıklar meydana geldi.

- Aktif çalışanlarla pasif çalışanlar arasındaki denge çalışanlar aleyhine arttı.
- Yeşil kartla ilaç almaları yeşil kartlar için iyi ama SGK için sıkıntı oldu.
- Vatandaşların prim borçları arttı. Hükümet vatandaşın bu borçlarını taksitlendirerek ödenir hale getirdi.
- Sağlık sigortasında prim yardım ilişkisinin sağlıklı olmaması.
- Hasta – Hastane – Doktor – Eczane ilişkilerinin etkin olarak kontrol edilememesi.
- Sağlık hizmeti fiyatlandırmasının rasyonel bir baza oturtulamaması.
- Şeffaf, doğru ve güncel veri tabanı ve yönetim bilgi sistemi eksikliği.
- Sağlık yardımından yararlanmada suiistimaller.
- Sigortalı ve bağımlıları açısından sağlık veri tabanı oluşturulamaması.
- Sağlık hizmeti sunucularına yükümlülüklerin zamanında yerine getirilememesi.
- Veri eksikliği nedeniyle muhasebeleştirmede sorun yaşanması.

1. Aşama

Reform planının ilk aşamasını oluşturan ve sistemimizin temel parametrelerinde önemli değişiklikleri içeren 4447 sayılı reform yasası 08 Eylül 1999'da Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Birinci aşama ile kayıt dışı istihdamın önlenmesine yönelik tedbirler getirilmiş, prime esas ücret tavanı ve emekli aylıklarının hesaplanmasında ödenen primlerin etkisi artırılmış, böylece daha çok prim ödeyenin daha çok emekli aylığı alması olanaklı hale getirilmiştir. Ayrıca yasa ile, kademeli olarak emeklilik yaşı yükseltilmiştir. Emeklilik aylıkları ise, diğer ülkelerde olduğu gibi yaşlılık nedeniyle işgücü piyasasından çekilmiş insanlara ödenen ve enflasyona endeksli reel alım gücünün korunduğu bir ödeme haline getirilmiştir.

Bunun yanında İşsizlik Sigortası sistemi uygulamaya geçirilmiştir. İşsizlik Sigortası ile işsizlik ödeneğinin yanı sıra, yeni bir iş bulma ve meslek geliştirme, edindirme ve yetiştirme eğitiminin verilmesi uygulaması getirilmiştir.

Reformun uygulamaya geçtiği ilk altı aydan itibaren SSK ve Bağ-Kur'un finansman yapılarında önemli bir iyileşme gözlenmiştir. Tüm sistemin geçen yıla kadar katlanarak artan ve 1999'da milli gelirin % 3,7'sine ulaşan açıkları 2000 yılında milli gelirin % 2,6'sına gerilemiştir. 2003'den itibaren tekrar bu oran yükselmeye başlamıştır. Bunu 2006 yılında % 4,23'lük oranla, 2007 yılında %3,94 ve 2008 yılında % 4,85'lik oran takip etmektedir. (Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, 12.Şubat.2007)

2. Aşama

Orta ve uzun dönemli tedbirleri içeren ve bir program dahilinde hayata geçirilen reformun ikinci aşaması ile; (Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, 12.Şubat.2007)

- Sosyal sigorta kuruluşlarının etkinlik ve verimliliklerini artırmaya yönelik teknolojik ve kurumsal yeniden yapılandırılmaları,
- Yaşlılığa yönelik tasarrufları artıracak bireysel emeklilik sisteminin kurulması,
- Sağlık hizmetlerinde kaynakların daha verimli kullanımına yönelik yeniden yapılanma ve
- Kapsamlı bir sosyal yardım sisteminin kurulması hedeflenmektedir.

Mevcut sosyal sigorta kuruluşlarınca uygulanan sigorta programları arasında norm ve standart birliğinin sağlanması, bu kurumlar arasında ortak veri tabanının oluşturulması, bunların aktüeryal ve mali durumlarının izlenmesi amacıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde bir şemsiye niteliğinde Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur.(T.C. Çalışma Bakanlığı, 2008)

Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile daha önce bir genel müdürlük olarak sigortacılık ve sağlık hizmeti sunumunu birlikte yürüten Sosyal Sigortalar Kurumu, bünyesinde sigortacılık ve sağlık işlerinden sorumlu iki farklı genel müdürlüğü

barındıracak şekilde Başkanlık statüsünde örgütlenmiştir. (Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, 12.Şubat.2007)

Bağ-kur Kanunu ile Bağ-kur bünyesinde finansman ve aktüerya daireleri kurulmuş ve kurumun artan iş hacmine orantılı olarak daha dinamik bir örgütsel yapıya kavuşması sağlanmıştır. Günümüzde ise şimdi bu sosyal güvenceler tek çatı altında SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) olarak yer almaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu 16.05.2006 yılında 5502 nolu kanunla yürürlüğe girmiştir. 20.05.2006 tarihinde ise Resmi Gazetede yayınlanmıştır.

Türkiye İş Kurumu Kanunu ile İş ve İşçi Bulma Kurumu kapatılarak istihdam alanında günümüz ihtiyaç ve koşullarına uygun aktif işgücü programlarını ve işsizlik sigortasını uygulamakla sorumlu Türkiye İş Kurumu (İş- kur) çağdaş bir istihdam kurumu olarak hizmet vermeye başlamıştır.

Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ile ülkemizde ilk defa kamu emeklilik programlarını tamamlayıcı nitelikte bireysel emeklilik programı hayata geçirilmiştir. Bireysel emeklilik sistemi bireylerin yaşlılıklarında kullanmaları amacıyla güvenli bir tasarruf yapmalarına olanak sağlamayı, bu tasarrufları yönlendirmeyi, düzenlemeyi, teşvik etmeyi amaçlayan gönüllü katılıma dayalı sistemdir. Getirilen vergi düzenlemeleri ile katılımcılara ve isteğe bağlı olarak çalışan adına katkı yapan işverenlere vergi teşviki sağlanmaktadır. (Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, 12.Şubat.2007)

Bu kapsamda her üç sosyal güvenlik kurumunun eşgüdüm halinde gerçekleştireceği;

- Merkezi veri tabanının oluşturulması,
- İleri düzeyde ve yurt çapında otomasyona dayalı yönetim bilgi sistemin geliştirilmesi,
- Ortak standart muhasebe sisteminin oluşturulması,
- Sağlık hizmeti alımlarında standardın sağlanması ve
- Gelişmelere ilişkin kamuoyu bilgilendirmesinin etkinleştirilmesi çalışmalarına başlanmıştır.

Reformun uygulamaya konulması ile demografik değişime hazırlıklı, kendinden yararlananları tatmin edecek, verimlilik esasına ve çağdaş yönetim ilkelerine göre yönetilecek bir sisteme geçmek mümkün olacaktır.

1.4. Sağlık Hizmetleri ile İlgili Genel Kavramlar

Her insanın yaşamı boyunca hayatında birçok kez başvurduğu sağlık hizmetleri ile topluma bu hizmetleri sunmada en önemli rolü oynayan hastaneler, hayatımızda çok büyük bir öneme sahiptir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunuluş biçimi, ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınma düzeylerini belirlemektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusundaki Kanun (05.01.1961 gün ve 224 sayılı) sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır; “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için gerçekleştirilen tıbbi faaliyetlerdir”.

1.4.1. Sağlık Kavramı

Kanuni Sultan Süleyman’ın dediğı gibi; “Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi, olmaya devlet cihanda bir nefes sıhat gibi.” Sıhat bir insanın verimli çalışabilmesi için en önemli servettir.

İnsan için hayatında en önemli etken sağlığıdır. Bireysel ihtiyaçlara göre insanların çok çeşitli arzuları, hayattan çok farklı beklentileri vardır. Bu arzu ve beklentilerde ihtiyaçlara göre değişir. Sağlık, bütün insanların ortak istek noktası olmaktadır.

Bizler için bu kadar önemli ve tek isteğimiz olan sağlık, aynı zamanda en doğal hakkımızdır. Bireysel hakların en önemlisi olan yaşama hakkı, insanın en zayıf ve korumasız durumda bulunduğu hastalık döneminde öne çıkmaktadır. (Taşdemir ve Ehliz, ,05.03.07: 6-9)

Sağlık hakkı kavramı, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde ve ülkemiz Anayasası’nda da yer almaktadır. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nin 25. maddesinde bu hak; “Her şahsın, gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli

sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır. Ana ve çocuk özel ihtimam ve yardım görmek hakkına haizdir. Bütün çocuklar, evlilik içinde veya dışında doğsunlar, aynı sosyal korunmadan faydalanırlar.” şeklinde yer almaktadır. (“Universal Declaration of Human Rights” :05.03.2007)

Anayasamızın Sağlık Hizmetleri ve çevrenin Korunması başlıklı 56. maddesinde sağlık hakkı ile ilgili olarak “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, evre sağlığını korumak ve evre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” hükmü bulunmaktadır. (T.C Anayasası, 05.03.2007)

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde ve Anayasamızda güvence altına alınan sağlık hakkı, tüm insanların sağlığa en yüksek düzeyde erişebilmelerini sağlamak amacıyla kurulan Dünya Sağlık Örgütü’nün de kuruluş nedeni olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın hayattaki en önemli kişisel varlık olduğunu, ayrıca sağlığın; toplumsal katılım, yeterli kazanç, barınma ve kişisel güvenlik gibi diğer varlıklarla da kaçınılmaz bağlantıda olduğunu belirtmekte ve sağlıklı olmanın verimliliği arttırmak, gelirleri yükseltmek, aktif toplumsal katılımı sağlamak ve iş gerginliği ve diğer kötü koşullara dayanmak için önemli olduğunu vurgulamaktadır. (Dalbay, 2002: 1)

Sağlığın tanımı ise, hasta olmama anlamında, hastalık kavramı ile bağlantılı şekilde yapılmıştır. Türk Dil Kurumu, Genel Türkçe Sözlüğü’nde

sağlığı, “Vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği” şeklinde tanımlamıştır. (‘ ‘ Sanal ‘ ‘ ,26.02.2007) Ekolojik yaklaşıma göre ise sağlık tanımlaması “kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan çevreyle olan uyumu” şeklinde yapılmıştır. (Köksal, 1997 : 5) Modern batı tıbbının felsefesini inceleyen bazı yazarlara göre "sağlık" kavramının "hastalık" kavramına bağımlı olarak tanımının yapılması yanlıştır. Sağlık ve hastalık birbirinin simetriği olamaz. (Hayran, 01.03.2007:8)

Bugün yaygın olarak kullanılan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü Kuruluş Yasası’nda yer alan tanımlamadır. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) sağlığı, “sadece hastalık ve sakatlık halinin olmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım sağlık sektörünün hedefi olmakla beraber erişilmesi ve ölçülmesi oldukça güç olan geniş kapsamlı bir kavramdır. Sağlık tanımı içerisine “sosyal iyilik” kavramının da alınması sağlık sistemi açısından önemli bir gelişme olmuştur. (Tengilimoğlu ve Çıtak, 2003 : 37)

1.4.2. Sağlık Sistemi Tanımı

Bir veya daha fazla amaca ya da sonuca ulaşmak üzere bir arada bulunan ve aralarında ilişkiler olan fiziksel ya da kavramsal birden çok bileşenin (öğenin) oluşturduğu bütüne “sistem” adı verilir. (Aksu, 2007 : 1) Sağlık sistemi de bu kavramdan yola çıkılarak genel anlamda “sağlık tanımı kapsamındaki gereksinimleri içeren oldukça karmaşık ve birbiri ile etkileşim halindeki öğeler bütünü” şeklinde tanımlanabilir. (Şahin, 2007 : 1)

Sağlık Sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan ve doğal kaynaklar, nüfus özellikleri, kişilik, kültür sistemleri, çevre, davranış, kalıtım ve sağlık bakım servisleri ile ilişkili ve etkileşim halinde olan psiko- sosyal bir sistemdir. (Yalçın ve Yıldırım, 2007 : 3)

Karl Blum sağlık sisteminin gereğini ve amaçlarını şu şekilde ortaya koymuştur. (Köksal, 1997:6)

- Erken ölümü önleyerek yaşam süresinin uzatılması,

- Psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaların mümkün olduğunca azaltılması,
- Hastalığın mümkün olduğunca azaltılması,
- Sakatlığın mümkün olduğunca azaltılması,
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişilmesi,
- Direncin artırılarak sağlığın korunması yeteneğinin oluşturulması,
- Çevre ile ilişkilerde yüksek tatmine ulaşılması,
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımının sağlanması ve arttırılması.

1.4.3. Hizmet Kavramı

Tarihe bakıldığında hizmet üretiminin oldukça eskilere dayandığı görülür. M.Ö. 1760 yılı civarında Mezopotamya’da hazırlanmış olan “Hammurabi Kanunları”nda sağlık hizmetini sunan doktorlara yönelik maddelerin yer alması bize bu durumu göstermektedir. Başlangıçta oldukça sınırlı olan söz konusu hizmetler sanayi devriminde yeni malların ortaya çıkışı ile farklılık göstermeye başlamışlardır. 20. yüzyılda bilimsel araştırmalara verilen önemin artması, teknolojiadaki hızlı gelişmeler ve insanların refah seviyesinin yükselmesi birçok yeni hizmetin doğmasına sebep olmuş ve hizmet sektörü ülke ekonomisinde önemli bir paya sahip olur hale gelmiştir.(Seyran, 2004 :11)

Hizmet kavramı, ilk defa 1700’lü yıllarda Fransız filozoflar tarafından açık ve sistematik bir şekilde incelenmiş ve tarımsal faaliyetlerin dışında kalan tüm faaliyetler olarak tanımlanmıştır.(Özbedel, 2002 : 2)

Bu tanım, hizmet çeşitleri arttıkça yetersiz kalmış ve hizmetin yeni özellikleri ortaya çıktıkça hizmet kavramı bilim adamları tarafından daha farklı şekillerde tanımlanıp yorumlanır hale gelmeye başlamıştır.

Hizmet tanımı en genel anlamıyla; bir birey ya da grubun başka bir birey ya da gruba sunduğu, temel olarak dokunulamaz ve sahiplik ile sonuçlanmayan bir rol ya da başarımdır. Üretimi, fiziksel bir ürüne gereksinim gösterebilir veya

gösteremez şeklinde tanımlanmaktadır. (Aksoy ve Bayramoğlu, 09.03.2007:11-12) Geçmişten bugüne hizmet tanımı, yaşanan döneme ve bilim adamlarının bakış açılarına göre farklılıklar göstermiştir.

“Hizmet; insanların gereksinimlerini karşılamak amacıyla, belirli bir fiyat karşılığı satışa sunulabilen, üretilmesi fiziksel bir ürüne bağlı olan veya olmayan, üretimi ile tüketimi eşzamanlı olan, sunumu esnasında müşterinin katılımını gerektiren, fiziksel bir varlığa sahip olmayan, elle tutulamayan, taşınamayan, stoklanamayan, herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanamayan ve ihtiyaç ve yarar doygunluğu yaratan soyut ürünler ve faaliyetlerdir.” (Doğanay, 2008:14)

1.4.4. Hizmetin Özellikleri

Hizmetin özelliklerini birkaç maddede sıralayacak olursak: (Doğanay, 2008:14 – 17)

- **Soyuttur:** Hizmetleri mallardan ayıran en temel özellik hizmetlerin soyut bir kavram olmasıdır. Hizmetlerin soyut olması iki anlamı ortaya koymaktadır. Bunlardan biri dokunulamaz ve hissedilemez olma, diğeri ise kolayca tanımlanamaz, formüle edilemez ve zihinde canlandırılmaz olmasıdır (Canpolat, 2002 : 28) Hizmetler, malların algılandığı şekillerde algılanamazlar. Çünkü onlar mallarda olduğu gibi görülemezler, hissedilemezler, tadılamazlar ya da dokunulamazlar.

- **Yaşam Süresi Yoktur:** Hizmetlerin oluşturulma ve sunulma süreleri vardır; yaşam süreleri yoktur. (Özbedel, 2002: 11)

- **Stoklanamaz:** Hizmetler dayanıksızdır. Bu nedenle stoklanamazlar, saklanamazlar, iade edilemezler ya da yeniden satılamazlar. Hizmet sunulduğu an bitmiş demektir.

- **Heterojendir:** Hizmetlerde türdeşlik yoktur. Hizmetler genellikle insanlar tarafından üretilen performanslar oldukları için aynı hizmetin iki ayrı sunumunun aynı olması mümkün değildir. Bir hizmetin kalitesi ve maliyeti üreticiden tüketiciye, tüketiciden tüketiciye ve günden güne değişebilir.

(Canpolat, 2002: 29)

- **Emek Yoğundur:** Hizmetlerde genellikle işgücü yoğundur. Ancak hizmet işletmelerinin emek yoğun olması demek sadece işgücünün bulunduğu anlamına gelmemektedir. Gerçekte birçok hizmetler aşırı derecede sermaye yoğundur ve bu durum gittikçe artmaktadır. (Seyran, 2004: 23) Hizmetler emek yoğun özelliğe sahip olmaları sebebiyle, verilen hizmetin kalitesi üzerinde insan faktörünün etkisi fazladır. Bu nedenle insan kaynaklarının seçimi, eğitimi, geliştirilmesi, oryantasyonu ve motivasyonu gibi konular hizmet sektöründe son derece önemli bir yere sahiptir. (Tavlan, 2001 : 41)

- **Satış İşlemi Üretimden Önce Gerçekleşir:** Hizmetlerin üretimi müşteriden gelen istek üzerine gerçekleştirilir. Hizmet önce talep edilir sonra üretilir. Bu nedenle hizmetlerin satışı üretimden önce gerçekleşir.

- **Üretim ve Tüketim Eşzamanlıdır:** Hizmetler bölünmezdir, aynı anda üretilir ve tüketilirler. Eşzamanlı üretim ve tüketim söz konusu olduğu için müşteri de hizmet üretim sürecinin bir parçası haline gelmektedir. Örneğin hasta, teşhis ve tedavi sürecinin içindedir.

- **Müşteri Teması Yüksek:** Mal üretimine nazaran hizmet üretiminde çalışanlar, müşteriler ile daha fazla temas halindedirler. Bu nedenle hizmeti sunanların giyimi, konuşması, davranışları müşteriye etkilemektedir. Hizmetlerde müşteri temasının yüksek olması, hizmetlerin bölünmez olmasının diğer bir tabirle aynı yer ve zamanda üretilip tüketilmesinin bir sonucudur. (Seyran, 2004: 19)

- **Mülkiyeti Yoktur:** Hizmetlerin bu özelliği mallarla hizmetler arasındaki temel farklardan biridir. Hizmetlere sahip olma gibi bir durum söz konusu değildir, sadece onlardan faydalanabilinir. (Canpolat, 2002: 32)

- **İncelenmesi ve Muayene Edilmesi Zordur:** Hizmetler soyut özelliğe sahip olması nedeniyle mallardaki gibi kolay incelenemezler. Ancak hizmetlerin gözlenmesi sonucu, hizmetlerle bütünleştirilen fiziksel koşullar ve fiziksel ürünler belirli standartlara göre muayene edilebilirler. (Özbedel, 2002:11)

Örneğin, bir sağlık kuruluşunda teşhis ve tedavi için kullanılan cihazlar ve malzemelerle ortamın hijyenik koşulları test ve muayene edilebilir. (Tavlan, 2001:41)

- **Sonuçlarının Ölçümü Zordur:** Hizmetlerin soyut bir kavram olması sonuçlarının ölçülmesini zorlaştırır. Hizmetin siparişi, üretimi ve sunumu arasındaki süre çok kısadır ve bütün süreç müşterinin gözü önünde gerçekleşir. Bu nedenle de hizmetlerin son kontrolünü yapmak oldukça güçtür.

- **Kalitesi Denenmeden Belirlenemez:** Hizmetler üretildikleri anda tüketilirler ve hizmetin kalitesi zamandan zamana, üretenden üretime göre farklılıklar gösterir. Bu nedenledir ki, hizmetin kalitesi denenmeden tam olarak bilinemez.

- **Mallara Nazaran Talep Süresi Kısadır:** İnsanlar hizmetlerden mallara nazaran daha kısa sürelerde faydalanırlar. Bu nedenle, hizmetlerin talep aralığı daha kısadır.

- **Mallara Nazaran Daha Az Karmaşıktır:** Mallar birçok karmaşık işlemlerden geçerek ürün haline ulaşır. Örneğin, bir bilgisayar ele alırsak birbirinden farklı üretilmiş yüzlerce parça birçok karmaşık işlemlerden geçerek son şekline gelir. Bu açıdan hizmetleri oluşturan unsurlar mallara nazaran daha az karmaşıktır.

- **Hizmet Pazarları Bölgeseldir:** Hizmetler çoğunlukla üretildikleri yerde tüketildikleri için faaliyet gösterilen pazarları da bölgeseldir. Bu nedenle hizmet işletmelerinin yer seçiminde en önemli etken müşteriye yakınlıktır ve kuruluş yeri seçiminde en önemli kriteri pazara yakınlık oluşturur. (Seyran, 2004:26)

- **Talepteki Dalgalanmalar Yüksek:** Genellikle hizmet talepleri belirli dönemleri kapsamaz. Bu nedenle hizmet talebinin önceden tahmin edilmesi güçtür. Örneğin sağlık hizmetlerinde talep edilen hizmet belirli dönemlere göre yoğunluk göstermez, dolayısıyla geçmişteki verilere bakılarak hizmet talebi ile ilgili çıkarımlarda bulunmak pek mümkün değildir.

1.4.5 Hizmet Sektörü Sınıflandırması

Avrupa Komisyonu'nun Türkiye ile başlaması olası olan "Hizmetlerin Serbest Dolaşımı Müzakereleri"ne ilişkin olarak hazırladığı bir taslak raporunda hizmet sektörleri şu şekilde yer almıştır. (Türkiye'nin Hizmet Sektörü İhracatı ve Geliştirilmesine Yönelik Öneriler, 20.02.2007)

- Sağlık Hizmetleri (doktorlar, eczacılar, hemşireler, veterinerler, ilaç üreten fabrikaların direktörleri, özel hastanelerin direktörleri, dişçiler, gözlükçüler, laboratuvar hizmetleri ile uğraşan eczacılar ve veterinerler)

- Hukuk Hizmetleri

- Turizm Hizmetleri

- Mesleki Hizmetler

- Diğer Meslekler (yöneticiler ve diğer kaliteli personel dışında serbest bölgelerde çalışan personel, kıyı ticareti ve bağlantılı faaliyetlerde bulunan personel, gazetelerin direktörleri)

- Posta ve Kurye Hizmetleri

- Telekomünikasyon Hizmetleri

- Görsel-İşitsel Hizmetler

- İnşaat Hizmetleri

- Dağıtım Hizmetleri

- Çevre Hizmetleri

- Sigorta Hizmetleri

- Bankacılık Hizmetleri

- Turizm Hizmetleri

- Ulaştırma Hizmetleri

1.4.6. Sağlık Hizmetleri

İnsanların yaşamlarında en önem verdikleri değerlerin başında sağlık gelmektedir. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi, tanı ve tedavi aşamalarındaki gelişmeler, ölümlerin azalması, genel olarak bilgi ve kültür düzeylerinin artması, insanların kendi sağlıkları ile daha fazla ilgilenme eğilimlerini arttırmakla birlikte sağlık hizmetlerine bakış açılarının değişmesine, beklentilerin yükselmesine ve sağlık hizmetlerinin öneminin artmasına sebep olmuştur. (Uzunkavak, 2002 : 1)

Bu gelişmeler neticesinde önceleri sadece hastalıkların teşhisi ve tedavisini içeren bir hizmet alanı olarak görülen sağlık hizmetleri şimdi kişilerin sağlıklarını korumayı, geliştirmeyi ve hastalıklarını tedavi ederek en uygun bakımı sunmayı hedefleyen önemli bir hizmet dalı haline gelmiştir.

Günümüzde sunuluş biçimi ile ülkelerin sosyo-ekonomik kalkınma düzeylerini belirleyen en önemli göstergelerden biri olan sağlık hizmetleri literatürlerde farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri en genel anlamda; birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak sağlık personeli tarafından sunulan koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak tanımlanabilir. (Tengilimoğlu ve Çıtak, 2003:38)

Sağlık ekonomisi alanında önemli isimlerden biri olan ve sağlık hizmetleri ile ilgili verilerin toplanmasında ve analizinde iktisadi teorileri kullanan Victor R. Fuchs (Fuchs, 2007) , sağlık hizmetlerini; insanların fiziki ve mental durumlarının korunması, onarılması ve iyileştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen faaliyetler olarak tanımlamıştır (Dalbay, 2002:11). 12.01.1961 tarihli 10705 sayılı Resmi Gazete’de 224 kanun numarası ile yayımlanmış Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da sağlık hizmetleri; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyeti azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir” şeklinde belirtilmiştir. (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 05.03.2007)

Türkiye İş Kurumu sağlık hizmetini, “Sağlığın korunması ve daha ileriye götürülmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalananlara erken ve doğru tanı konması, bunların tedavi edilmesi ve böylece kişilerin mutlu, uzun bir yaşam sürmelerinin sağlanması ile ilgili işlerle uğraşan, değişik kurum ve hizmet dallarındaki çeşitli meslek üyelerinin sıkı bir işbirliğini gerektiren oldukça karmaşık toplumsal bir hizmettir” şeklinde tanımlamaktadır. (Dalbay, 2002: 11)

Bütün bu tanımlardan da yararlanarak sağlık hizmetlerinin amacının; insanların fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığını korumak, iyileştirmek ve sürekliliğini sağlayarak toplumun refah seviyesini arttırmak ve mutluluğunu geliştirmek olduğu söylenebilir. (Tavlan, 2001:45)

Sağlık hizmetleri sektörü yaşanan gelişmeler doğrultusunda önemli bir yapısal değişim süreci içerisinde bulunmaktadır. Örneğin, sağlık hizmetlerindeki çağdaş dönüşümler sonucunda tıp, artık hastalık yerine sağlık üzerine odaklanmaktadır. (Dalbay, 2002:16)

Tablo – 2: Sağlık Hizmetlerinde Çağdaş Dönüşümler

Hastalık	→	Sağlık
Bakım	→	Koruma
Müdahale	→	Gözetim
Tedavi	→	Bakım
Hasta	→	Hizmet Alıcısı

Kaynak: Kasapoğlu, 1999: 11

Sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren kurumlar sağlık hizmetlerinin üretimi aşamasında dört ana unsura ihtiyaç duyarlar. Bu unsurlar insan kaynakları, maddi unsurlar, arz ve talep mekanizmaları ve yönetim yapılarıdır. (Doğanay, 2008: 20–21)

o İnsan Kaynakları: Başta doktor olmak üzere, sağlık hizmetleri üretiminde asli unsur olan yeterli nicelik ve nitelikte sağlıklı insan gücüne ihtiyaç vardır. Sağlık sektörünün dört temel unsurundan “olmazsa olmaz” özellikte olanı sağlık insan gücüdür. (Sargutan, 1993 : 6) Sağlık kurumları

kendi içlerinde değişik öğrenim gruplarından insan kaynaklarını barındırırlar. Bu kurumlar sağlık hizmetlerini, toplum tarafından arzulanan düzeyde üretebilmeleri için insan kaynaklarının niteliğine, niceliğine ve örgütlenişine önem vermek zorundadırlar.

o Maddi unsurlar: Sağlık alanında çalışan insan kaynaklarının sağlık hizmeti üretmesi için gerekli olan bilgi, altyapı, fiziki alan, enerji, makine, teçhizat, donanım, malzeme ve diğer ihtiyaç maddeleri, personel giderleri, mali kaynak ve benzerleri gibi, her türlü kuruluş, işletme, üretim, pazarlama ve sunum faaliyetleri ile ilgili olarak maddi unsurlarıdır.

o Arz ve Talep Mekanizmaları: Sağlık insan gücünün, maddi unsurlarını kullanarak sağlık ürünlerini üretip arz edeceği ve ihtiyacı olanların da tüketip talep edeceği mekanizmalardır. (Yalçın, 2004 : 1)

o Yönetim Teknikleri: Diğer üç üretim unsurunun içerdiği kaynakları en etkili ve en verimli biçimde kullanabilmek, tıp biliminin gereklerine ve sağlık yönetimi bilim alanının kurallarına uygun şekilde, sağlık hizmetlerinin amaç ve hedeflerini gerçekleştirebilmek için uygulanması gereken profesyonel yönetim teknikleridir.

1.4.7. Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Sağlık, hem ulaşılması istenen bir hedef hem de gelişmenin önemli bir sonucudur. Günümüzde, farklı siyasal ve ekonomik sistemler bu noktadan hareketle ortalama yaşam ömrünü artırmak ve beşeri sermaye stokuna nitelik kazandırmak için sağlık hizmetlerine büyük önem vermektedirler (Aktan, 2007:1-2). Bir toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik düzeyi arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Sağlık açısından durumu iyi olan bir toplumun, beşeri sermaye kalitesi de iyi olacak ve bu durum, verimliliği artırarak, ekonomik büyümeyi olumlu etkileyecektir. (Tokalaş, 2006 : 1)

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık ve ekonomik verimlilik arasında yakın bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, daha iyi bir sağlık, ekonomik büyüme oranlarının yükselmesine katkıda bulunmakta ve sağlık yatırımları da makro ekonomik politikaların bir aracı olabilmektedir.

Bunun yanında fakirlerin sağlığı için yapılan yatırımlar kronikleşen fakirliğin azaltılması için bir kaldıraç politikası olacaktır. (Doğanay, 2008: 25)

Dünya Sağlık Örgütü üyesi ölkelerde yürütölen son yıllardaki araştırmalarda, ekonomik büyüklük ile yaşam beklentisi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlığın iş verimini doğrudan etkilediği yönünde açık kanıtlar da bulunmuş ve ekonomik kalkınma açısından önemli bir etken olmuştur. Bu açıdan bakıldığında, sağlıklı insan her durumda daha verimli yapıya sahip olan insandır (Dalbay, 2002:14).

Sağlığın korunup geliştirilmesi; ekonomik ve sosyolojik fiziki çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinin artırılması, toplumdaki insanların davranış ve yaşam şekillerinde gerekli olan değişikliklerin yapılması ve gereken tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilmektedir. Bu sayede sağlıklı bir toplumun çalışma verimliliği artar, beklenen yaşam süreleri uzar ve daha üretken olurlar.

Bugün gelişmiş ve belirli bir refah düzeyine ulaşmış olan ölkeler, insan sağlığının iyileştirilmesi için, artan oranda kaynak tahsis etmektedirler. İktisadi kalkınmanın da temel unsuru olan insan sağlığının korunup geliştirilebilmesi ve hastalıkların tedavi edilebilmesi için sağlığa yapılan yatırım üretken yatırım olarak kabul edilmektedir.(Tokalaş, 2006:15)

1.4.8. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulması bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltir. Bir hizmet sektörü olan sağlık hizmetleri diğer hizmet sektörlerine nazaran farklılıklar gösterir. Bu açıdan sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz: (Tengilimoğlu ve Çıtak, 2003:41)

- **Sağlık Kuruluşlarının Karmaşık Bir Yapıya Sahip Olması;** Sağlık hizmeti üreten sistemlerin en büyük alt sistemi hastanelerdir. Hastanelerde çok sayıda farklı meslekten uzman görev yapmaktadır. Örgüt yapısı oldukça karmaşıktır. Matriks bir örgütlenme söz konusudur.

- **Sağlık Hizmetlerinde Uzmanlaşma Seviyesinin Çok Yüksek Olması;**

Hastalıklar konusunda ortaya çıkan değişiklikler, tıp biliminde yeni çıgırlar aşmaya başlamıştır. Bu hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan tıbbi alet ve cihazlarında son gelişen teknolojiye uygun olması gerekmektedir. Böylece tıp biliminde yapılan araştırmalar ve teknolojisindeki gelişmeler uzmanlaşma seviyesini arttırmaktadır.

- **Sağlık Hizmetlerinin Arz ve Talebi Arasında Dengesizlik Olması;**

Sağlık hizmetleri standart değildir, tüketiciler satın alacakları hizmetin miktarını, kalitesini tayin edemezler ve teknik özelliklerini bilemezler. Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemezler.

- **Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynaklarının Profesyonel Kişilerden Oluşması ve Bu Kişilerin Kurumsal Hedeflerden Çok Mesleki Hedeflere Önem Vermesi;** Profesyonel kişiler temel olarak mesleki hedefler üzerinde odaklanmaktadır ve görevlerini etik kuralları çerçevesinde yerine getirmektedirler. Profesyonel kişiler için mesleki amaçlar, kurumsal amaçların önünde gelmektedir.

- **İkili Otorite Hattının Mevcut Olması;** Uzmanlaşma düzeyinin yüksek olması nedeniyle sağlık hizmetlerinde profesyonellerin önemli derecede özerkliği bulunmaktadır. Profesyonel kişilerin mesleki bilgi ve deneyiminden kaynaklanan otoritelerinin bulunması ikili otorite hattına neden olmaktadır. Bu durum; eş güdümlüme, denetim ve çatışma gibi sorunlara yol açabilmektedir.

- **Sağlık Hizmetlerinde İşlevsel Bağımlılığın Çok Yüksek Olması;**

İşlevsel bağımlılık, bir kişi veya birimin iş yapabilmesi ya da işi sonuçlandırabilmesi için bir başka kişi veya birimin hizmetlerine gereksinim duyması anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri kurumlarında işlevsel bağımlılık oldukça yüksektir. Bu nedenle kurum içerisindeki farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında koordinasyonun en iyi şekilde yerine getirilmesi gerekmektedir.

- **Bilgi Asimetrisinin Mevcut Olması;** Açık rekabet piyasalarında, tüketiciler neyi tüketeceklerine karar verirken, kendi çıkarlarını maksimize etmeye çalışırlar. Aynı şekilde üreticiler de karlarını maksimize etmeye çalışırlar.

Üreticiler ve tüketiciler ürünün alım- satımı sırasında mal veya hizmetin özellikleri, kalitesi ve fiyatı hakkında, birbirlerinin etkisi altında kalmadan faydalarını maksimize edecek bilgi düzeyine sahiptirler. Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran belki de en temel özellik ürünü üretilen sunanla, ürünü satın alan arasındaki bilgi asimetrisidir. Sağlık hizmetleri tüketicilerinin kendilerine konan tanı ve uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi hakkında çok az bilgisi vardır ve bu nedenle bu bilgilerden yararlanabilmek için hekime bağımlılık söz konusudur.

- **Tüketicinin, Uzmanın Gücü Karşısında Zayıf Konumda Olması;**

Birçok mal ve hizmet için tüketicinin, kalite ve hizmetin uygunluğu konusunda bir fikri bulunmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde tüketicinin kendisine uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi konusunda çok az bilgisi vardır. Bu noktada tüketici hekime hemen hemen tam anlamıyla bağımlıdır. Çoğu zaman hasta adına hangi hizmetlerin alınması gerektiğine sağlık personeli karar vermektedir.

- **Tüketici Egemenliğinin Olmaması;** Sağlık kurumlarının sunmuş oldukları sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler yüksek akademik bilgi birikimi gerektirmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde; tüketicilerin diğer bir değişle hastaların, kendileri de aynı meslekten değilse, sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyine sahip olması mümkün değildir. Bu bakımdan teşhis ve tedavi yöntemleri ile ilgili karar aşamasında hastaların öneri getirme ya da karar verme gibi seçenekleri pek fazla yoktur. Tüm bu nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinde diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi müşteri egemenliği yoktur.

- **Sağlık Hizmetlerinin Önceden Denenme Şansının Olmaması;** Hastaların ilaç tedavilerini veya ameliyatları önceden deneme gibi bir lüksü yoktur. Hasta kendisine sunulacak olan tedavinin süreci ve sonucu ile ilgili sağlık profesyonellerine güvenmek durumundadır. Çünkü, hasta tedavi sürecini önceden deneme şansı olmadığından hekime bağımlılık söz konusudur.

- **Yapılan İşlerde Hata ve Belirsizliklere Karşı Duyarlılığın Yüksek Olması ve Tolerans Gösterilememesi;** Sağlık hizmetlerinin alanını insan hayatı oluşturmaktadır ve yapılabilecek en ufak hatalar bile hastanın hayatına mal olabilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde hatalara karşı oldukça yüksek bir duyarlılık söz konusudur. (Tengilimoğlu ve Çıtak, 2003: 41). Sanayide bir ürün hatalı çıktığında üretim durdurulur, hatayı düzeltecek önlemler alınır, üretilen hatalı mallar da defolu olarak ayrılır. Hizmet sektörünün diğer alanlarında ise müşteri memnuniyeti sağlanamadıysa özür dilenir ve aynı hatayı tekrarlamamak için önlemler alınır. Ancak sağlıkta “pardon” kelimesine yer yoktur. İnsan hayatıyla birebir ilişkili olduğu için “hata” kelimesi sağlık sektöründe telaffuz bile edilemeyecek bir kelimedir. (Ünlü, 2004 : 10)

- **Sağlık Hizmetlerinde Gerçekleştirilen Etkinliklerin Büyük Kısımının Acil ve Ertelenemez Nitelikte Olması;** Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz hizmet üretilir. Sağlık durumu bozulan ya da sağlık durumundan kuşkulanan kişiler her an sağlık hizmeti almak için başvurabilirler. Bu başvuruyu geri çevirmek bilimsel, hukuksal ve etik açıdan mümkün değildir.

- **Sağlık Hizmetlerinin Dışsal Yarar Sağlaması ve Kamu Malı Niteliğinde Olması;** Dışsal ekonomiler, bir ekonomik birimin diğer ekonomik birim veya birimler üzerinde dolaylı olarak ortaya çıkardığı olumlu veya olumsuz etkileri ifade etmektedir.

Sağlık hizmetleri; bireylerin daha sağlıklı bir duruma gelmelerine yardımcı olarak üretimin artmasına ve maliyetlerin düşmesine neden olur. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucunda oluşan fayda, onu tüketen bireye olan direkt yararları ve toplum üyelerine olan marjinal ya da ek katkılarıdır.

Negatif dışsallık, belirli bir birey ya da bireyler grubunun aralarında herhangi bir anlaşma ya da ticari ilişki olmaksızın gayri iradi olarak bir başka birey ya da bireyler grubunun herhangi bir eyleminden dolayı maliyetle karşılaşmalarıdır. Sağlık hizmetlerindeki durumda ise, günümüzde insanın yaptığı hemen hemen her hareket, insan sağlığını etkileyici dışsallıklar yaymaktadır.

Bunlara en iyi örnek olarak sigara içilmesi verilebilir. Aktif sigara içenler, sigara içmeyenleri olumsuz yönde etkilemekte ancak sigara içenlere verilen sağlık hizmetlerinin bedeline sigara içmeyenler de katılmaktadır. Çünkü onlar içmese bile pasif içici duruma gelmektedir.

Herhangi bir hastalık meydana geldiği zaman, kişi, uğradığı işgücü kaybının yanında, çevresindeki kişilere de ek maliyetler yükler. Hasta hastalığını bulaştırabilir ya da hastalığı sebebi ile bakıma muhtaç hale düşebilir. Böyle bir durumun oluşması halinde hasta ve yakınları için meydana gelen hem psikolojik, hem de maddi kayıplar hastalığın negatif dışsallıklarıdır. (Tokalaş, 2006:17)

Pozitif dışsal ekonomiler, ekonomik karar vericilerin eylemlerinin diğer birimlere fayda sağlaması ve bu faydayı elde edenlerin eylemi gerçekleştirene ödemedede bulunmaması durumunda ortaya çıkar. Sağlık hizmetleri sektöründe insanların mal ve hizmet tüketiminden üçüncü kişilerin yararlanması sonucu pozitif dışsallıklar olabilmektedir. Örneğin, bulaşıcı hastalığı olan kişilerin tedavilerinin sağlanması, hastalığın topluma yayılmasını önler. Pozitif dışsallık durumunda devlet müdahale eder ve hizmetleri parasız sağlar. (Tengilimoğlu ve Çıtak, 2003:41)

- **Sağlık Hizmetleri Harcamalarının Yatırım Özelliğinin Bulunması;**

Sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar üretim ve verimliliği üç yünden arttırmaktadır. Öncelikle sağlık hizmetleri harcamaları; ölüm oranını azaltması, ortalama yaşam süresini yükseltmesi gibi etkileriyle ekonomiyi güçlendirir, ayrıca hastalıklar nedeniyle kaybedilen süreyi azalttığı için üretime yönelik harcamaların verimliliğini artırır ve işgücü kalitesini de arttırarak verimliliği yükseltir. (Dalbay, 2002: 20)

- **Hizmet Miktarını ve Sağlık Harcamalarının Önemli Bir Bölümünü Belirleyen Hekimlerin Faaliyetleri Üzerinde Tam Etkili Olan Yönetmelik ve Kurumsal Bir Denetim Mekanizmasının Kurulmamış Olması;** Sağlık kurumlarında hizmet miktarını belirleyen en önemli iş gören grubu hekimlerdir. Sağlık hizmetlerinde hasta tedavisi ön planda olduğu için hekimler

kararlarında hastanın ve hastanenin ekonomik koşullarından daha çok hekimlik mesleğinin gereklerini ön planda tutarlar. Bu konuda hastane yönetimlerinin hekimler üzerinde baskısı yoktur.

- **Devlet Müdahalesine Tabii Olması;** Devlet, genel sağlık politikalarını belirleme, düzenleme ve denetleme müdahaleleri ile yoksul kesimin de sağlık ihtiyaçlarının tamamının veya bir bölümünün kamusal kaynaklardan karşılanmasını sağlar.

- **Sağlık Hizmetleri Piyasasının Şeffaf Olamaması ve Belirsizlik ve Riskin Bulunması;** Tam rekabet piyasası şeffaftır. Alıcılar ve satıcılar hangi malın, ne miktarda, hangi fiyattan alınacağını ve satılacağını önceden kestirebilirler. Sağlık hizmetlerinde ise tüketicinin ne zaman, nerede, ne ölçüde ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağı ya da tıbbi tedavinin etkisi önceden tahmin edilemez. Aynı şekilde tüketici de ne zaman ve ne şekilde bir sağlık hizmeti talep edeceğini önceden bilemez. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde, talebi ve tüketilmesi noktasında belirsizlikler söz konusudur. (Tengilimoğlu ve Çıtak,2003:41)

- **Sağlık Hizmetlerinin Doğal Tekel Olma Özelliğinin Bulunması;**

Tüketici durumundaki hastaların; hastalıklar ve tedavileriyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları, sağlık hizmeti içeriğinin ve fiyatının sağlık kurumları tarafından düzenlenmesi ve sağlık hizmetinin ikame edilmesindeki zorluklar sağlık hizmetlerinin doğal tekel olma özelliğini ortaya koymaktadır. (Dalbay, 2002:20)

- **Çıktının Tanımlanmasının ve Ölçümünün Güç Olması;** Sağlık hizmetlerinin temel girdisi ve çıktısı insandır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını diğer hizmet endüstrilerinde olduğu gibi çok kısa bir süre içinde görmek ve değerlendirmek mümkün değildir. (Kavuncubaşı, 2000 : 55)

1.4.9. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sunumu fonksiyonel olarak, belirtildiği şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,
- Rehabilit Edici ve Esenleştirici Sağlık Hizmetleri,

Bu sınıflandırmaya sağlığı geliştirici hizmetlerde eklenmektedir (Kavuncubaşı ve Esatoğlu, 1998:270)

1.4.9.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. (Bulun; 2006:2)

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve potansiyel riskleri de kaynağında yok etmek için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır. (Bıyıklı, 2007: 7-11)

- **Birincil Koruma:** Bireysel yada toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, kötü yaşam alışkanlıklarının değiştirilmesi, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

- **İkincil Koruma:** Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması.

- **Üçüncül Koruma:** Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumu sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici ve esenleştirici hizmetlerin alanına girmektedir (Hayran ve Sur, 1997:17)

Koruyucu sağlık hizmetleri klasik olarak iki grupta incelenmektedir (Belek, 2001:40). Bunlar; Kişiyeye yönelik Koruyucu hizmetler ve Çevreyeye yönelik koruyucu hizmetlerdir.

Kişiye Yönelik Koruyucu Hizmetler; Aşılama, aile planlaması, sağlık eğitimi programları, ana çocuk sağlığı hizmetleri, kontrol muayeneleri, taramalar bu kapsamdadır. Kişiyeye yönelik verilen hizmetler;

- Bağışıklama
- Erken tanı ve tedavisi
- İlaçla koruma
- Kişisel temizlik ve bakım
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Doğum kontrolü
- Sağlık eğitimidir.

Çevreyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler; Her türlü çevre düzenlemesi ve denetimi bu gruptaki hizmetlerdir.

- Gıda kaynakları kontrolü ve güvenliği
- Yeterli ve temiz su sağlanması
- Hava kirliliğinin kontrolü
- Atıkların kontrolü
- Konut sağlığı
- İş ve işçi sağlığı (Yerebakan, 2000:20)

1.4.9.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Kişinin sağlık durumunun bozulmasıyla birlikte, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmasından itibaren durumunun düzeltilmesi ve hasta sıfatıyla kişiyeye verilen her türlü hizmettir. Bu hizmetlerin kapsamına muayene, laboratuvar, tıbbi görüntüleme, teşhis, tedavi, ilaç, ameliyat, personel giderleri vb. sağlık

kuruluşlarında gerçekleştirilen her türlü uygulamalar girer.

Hastalıkları teşhis ve tedavi etmek amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleri, birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç aşamada ele alınmaktadır. Bunları sırayla inceleyecek olursak; (Bıyıklı, 2007, : 7-11)

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri; Sağlık hizmetleri içinde topluma en yakın olanı ve en çok kullanılanı birinci basamak sağlık hizmetleridir. Sağlık sisteminde basamaklar arasında ilişki olması gerekir. İkinci ve üçüncü basamakların kullanımı, birinci basamaktan geçerek ve birinci basamağın uygun, gerekli görmesi ile olanaklı olabilir (Belek, 2001:41) Temel sağlık hizmetleri de denilen birinci basamak sağlık hizmetleri için ülkemizde de çeşitli dönemlerde hizmet sunum örgütlenme biçimi belirlenmiş olmasına rağmen tam anlamıyla işlerlik kazanamamıştır (Sur vd., 2001:137). Hastalıkların evde yada ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerde birinci basamak tedavi hizmetleri içerisinde yer alır. Türkiye’de sağlık ocakları, muayenehaneler, poliklinikler, verem savaş dispanserleri, ana- çocuk sağlığı merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır.

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri; Hastalıkları teşhis etmek ve yataklı tedavi kurumuna yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Türkiye’de tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır.

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri; İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Tıp teknik bilgisi, tıp teknolojisi ve meslekleşme düzeyi ileri düzeydedir. Türkiye’de ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır.(Hayran ve Sur, 1997 : 18). Özellikle üçüncü basamak tedavi hizmetleri veren üniversite hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastanelerinde imkanların fazla olması ve “ayrıntılı” tetkik yapılması, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde fiziksel ve tıbbi olanaklar açısından yetersiz olması

sonucu bu hastaneler tercih edilmektedir (Güldal vd., 2000 : 174-178).

1.4.9.3. Rehabilitasyon Edici ve Esenleştirici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar, özürlüler, bedensel ve gelişimsel sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek yada bu etkiyi en aza indirmek, kişinin ruhsal ve bedensel yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler iki şekilde verilmektedir. Bunlar; Tıbbi rehabilitasyon ve Sosyal rehabilitasyondur.

Tıbbi Rehabilitasyon; Kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Fiziksel bozukluklarının düzeltilmesi, ortopedik organ protezlerinin kullanılması, işitme, görme v.b. rahatsızlıkların en aza indirilmesi çalışmalarını bazı örneklerdir.

Sosyal Rehabilitasyon; Sakatlık ya da özürlü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, bireyin toplumsallaştırılması faaliyetleri, yeni iş bulma ya da öğretim çalışmalarını kapsar (Yerebakan, 2000 : 21-22)

1.4.10. Hastane Kavramı Ve Tanımlanması

Hastanelerin tüm hizmet sektörü içinde özel bir yeri vardır. Bir ülkedeki hastaneler, ekonomik faaliyetlere katılsın veya katılmasın, toplumun tümüne hizmet sunarlar.(Yerebakan, 2000 : 23). Hastaneler çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bu tanımların bazıları şöyledir:

“Sağlık sistemi içerisinde hastaneler, hastalıkların teşhis ve tedavisine yönelik çok çeşitli faaliyetlerin yürütüldüğü, çok sayıda, birbirleriyle yakın ilişkide bulunan birimlerden oluşan karmaşık sosyo-ekonomik sistemlerdir”(Özkul, 2000: 11).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), hastaneleri “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği,

1983 : 3).

“Hastaneler, her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik ve kesintisiz olarak üretildiği, bunun yanında eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, genellikle kar gözetmeyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık örgütlerdir ” (Sevin, 1999 : 181).

“Hastaneler, en önemli gereksinimlerinden olan sağlık hizmetlerinin karşılanması amacıyla kurulmuş sağlık hizmeti üreten işletmelerdir ” (Menderes, 1994:2)

“Hastaneler, hasta ve yaralıları ayaktan ve yatış yoluyla tanı ve tedavi hizmetleri sağlayan sağlık kurumlarıdır ” (Kavuncubaşı, 2000 : 76).

1.4.11. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler, verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerine, finansal kaynaklarının türüne (mülkiyet türü), büyüklüklerine (yatak kapasitesi), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelinin pozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Sınıflandırmalarda genellikle şu şekilde yapılmaktadır. (Seçim, 1991 : 7)

Tablo - 3: Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastanelerin Sınıflandırılması		
Hizmet Türlerine Göre Hastaneler	Mülkiyetine (Finansman Kaynağına) Göre Hastaneler	Ortalama Kalış Süresine Göre Hastaneler
Genel Hastaneler	Kamu Hastaneleri	Kısa Kalış Süreli Hastaneler
Eğitim Hastaneleri	Özel Hastaneler	Uzun Kalış Süreli Hastaneler
Özel Dal Hastaneleri		

Kaynak: Seçim, 1991 : 7

- **Genel Hastaneler;** Genel Hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetilmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. (Seçim, 1991 : 8)

- **Eğitim Hastaneleri;** “ Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştiren genel, özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir. Eğitim hastanelerinin temel işlevleri ileri tetkik ve araştırma gerektiren hastalıkların tedavisini yapmak, gerekli eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmaktır. Bu hastanelerdeki personelin ileri düzey uzmanlığa sahip olması, kullanılan tıbbi cihazların maliyetlerinin yüksek olması gibi nedenler verilen sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır.” (Toraman ve Güçlü, 1997 : 269).

- **Özel Dal Hastaneleri;** Belirli yaş ve cinsiyette hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastaların müşahede, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri hastanelerdir. Sözcüğü çocuk hastaneleri ve doğum hastaneleri bu gruba girmektedir. (Seçim, 1991 : 8)

- **Kamu Hastaneleri;** Bu hastaneler, Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığına bağlı olan hastanelerdir. Bu hastaneler devlete doğrudan bağlıdır. Birde devlete dolaylı yoldan bağlı hastaneler ise; Üniversite ve Belediye gibi kurum ve kuruluşlara ait olan hastanelerdir.

- **Özel Hastaneler;** Sağlık hizmetlerini kendi finansal kaynaklarıyla sürdüren hastanelerdir. Kişiler, azınlıklar ve yabancılar tarafından işletilmektedirler (Uçkun, 1998 : 17).

- **Kısa Kalış Süreli Hastaneler;** Kısa kalış süreli hastaneler hastaların %50’den fazlası 30 günden az hastanede kaldığı hastanelerdir. Türkiye’deki Devlet Hastaneleri bu gruba örnek gösterilebilir.

- **Uzun Kalış Süreli Hastaneler;** Bu hastaneler ise, hastaların yarıdan fazlasının bir aydan daha fazla hastanede kaldığı hastanelerdir. Sözcüğü, psikiyatri hastanesi ve tüberküloz hastanesi bu gruba girmektedir (Seçim, 1991 : 9).

Hastaneler, akredite edilme durumlarına göre, akredite edilen ve edilmeyen hastaneler olarak da sınıflandırılmaktadır. Türkiye’de geçerli olmayan bu sınıflandırma, ABD’deki Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (JCAHO) tarafından belirlenen standartlara uygunluğu saptanan hastaneler, akredite edilen hastanelerdir. Ayrıca akreditasyon, hastanenin toplumsal imajını ve saygınlığını

artırmaktadır (Bıyıklı, 2007: 15).

1.4.12. Hastanelerin Fonksiyonları

Dünya Sağlık Teşkilatı hastanelerin fonksiyonlarını; hasta ve yaralıların tedavisi fonksiyonu, eğitim fonksiyonu, araştırma – geliştirme fonksiyonu ve toplumun sağlık seviyesine katkıda bulunma fonksiyonu olmak üzere dört başlıktan oluşmaktadır. Bunları kısaca şu şekilde açıklayabiliriz: (Bıyıklı, 2007: 16)

Hastane fonksiyonları;

- **Hasta ve Yaralıların Tedavisi Fonksiyonu;** Hastanelerin temel fonksiyonu hastalıkların tedavisidir. Hastalık, vücudun gerekli fonksiyonları yapamaması durumudur. İnsan vücudunda hastalıklar farklı organlarda ve değişik nedenlere bağlı olarak meydana gelmektedir. Hastalığın ortadan kaldırılması ile ilgili hizmetler “tedavi planı” olup, hekimler tarafından belirlenip, hekimlerle birlikte tüm hastane çalışanları tarafından uygulanır ve bu faaliyet “hasta bakımı” olarak nitelendirilir (Dinçer, Aloglu ve Şahin,1995:22). Hasta bakımı ise kurumsal olarak ikiye ayrılabilir: Tıbbi bakım ve hastane bakımı. Tıbbi bakım; hekimin hastayı muayene etmesi, teşhis ve tedavi hizmetlerini kapsar. Hastane bakımı ise, başta hemşirelik hizmetleri olmak üzere, hastanenin tüm genel ve özel hizmetlerini kapsar (Eren,1995:133).

- **Eğitim Fonksiyonu;** Birer eğitim kurumu olarak hastanelerde verilen yada hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hastaların ve yakınlarının eğitimi, hastane personelinin hizmet-içi eğitimi ile sağlık konularında kamuoyunun eğitimi temel eğitim kapsamını oluşturmaktadır.

Hastanelerin kuruluşunda esas amaç, hasta ve yaralıların tedavisidir. Bu esas amaca ulaşabilmesi için tedavi hizmetlerinin hasta ve yakınlarının gerekli olan eğitimle verilebilmesi gerekmektedir ve bu sayede hastaların daha kısa sürede iyileşip hastaneden taburcu oldukları gözlenmiştir. Bu nedenlerle, hastaya ve yakınlarına hastalığın maliyeti, özellikleri ve tedavisi ile ilgili bilgiler verilmekte, bu konuda onlara eğitim verilmektedir. Bu eğitim, yalnızca hastanın tedavisi açısından değil, aynı zamanda hastane masraflarının azaltılması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından da önem taşımaktadır (Seçim,1991:14).

Hastanın kendi başına karar verebilmesi, verdiği kararları uygulayabilmesi, kendi sağlığını hastalıklardan koruyabilmesi ve bu korumanın sürekliliğini sağlayabilmesi ancak hastanın hastalığı hakkında bilgi sahibi olması ile mümkündür. Bunun sağlanması da hastanenin eğitim fonksiyonunu uygun şekilde yerine getirmesiyle sağlanabilir.

Hasta eğitiminde bu amaçlara ulaşabilmek için kurum çapında hastanın eğitim faaliyetlerini değerlendirmek, eğitim gereksinimlerini belirlemek, hastanın hastalığı ile ilgili yararlanacağı kaynaklar hakkında bilgilendirilmesini sağlamak, hastalığın özelliklerine göre tedavide önceliklerin belirlenmesini sağlamak ve sağlıklı yaşam düşüncesini geliştirmek gerekir (Dinçer, 1997 : 115).

Hastanelerde verilen ikinci tür eğitim, öğrencilerin pratik eğitimidir. Bu öğrenciler, tıp ve hemşirelik öğrencileri ile yardımcı sağlık personeli sınıfına giren öğrencilerden oluşmaktadır (Seçim, 1991: 16).

Hastanelerin yerine getirdiği bir diğer eğitim fonksiyonu da personelin hizmet içi eğitimidir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de teknolojik düzeyin yükseltilmesi, nitelikli mal ve hizmet üretilmesi ve verimliliğin sağlanması öncelikle insan kaynaklarının artırılması ile mümkündür. Çünkü, uygun eğitimden geçmiş işgücü, doğrudan katkıda bulunmanın yanında dolaylı olarak da verimliliğin yükseltilmesi için gerekli olan teknolojinin, bizzat uygulayıcısı durumundadır. Bu yüzden hizmet içi eğitim verimliliğin en etkin anahtarlarından biri olarak görülmektedir (Başboğaoğlu,1999 : 34).

Tıp bilimi teknolojisindeki hızlı gelişmeler ile hekim ve hemşire açığı, hastanelerdeki hizmet içi eğitim faaliyetlerine önem kazandırmıştır. Hastaneye alınan yeni personelin işe alışmasını sağlamak, mevcut personelin bilgilerini tazelemek, yeni bilgiler edinmelerini sağlamak ve becerilerini geliştirmek için yapılan hizmet içi eğitim hekimlikte sürekli tıp eğitimi olarak adlandırılmaktadır (Seçim, 1991:17-18).

Hizmet içi eğitimde giderek önem kazanan diğer bir konu, hastane eczacılarının eğitimidir. Hastanın ilaç hikayesini alan, ilaç profilini çıkaran, hekim ve hemşirelere ilaçların dozları, bileşimleri, yan etkileri, reaksiyon

meydana getirebilme durumları hakkında bilgi veren kişiler haline getirilmesi için hizmet içi eğitim verilmektedir (Seçim, 1991:17).

Hastanelerde sunulan son grup eğitim hizmeti, toplum sağlığı konusunda kamuoyunun eğitimidir. Bu tür bir eğitimden amaçlanan: hastane standartlarının neler olduğu, bu standartların neden ve nasıl geliştirildiğinin kamuoyuna açıklanmasıdır (Seçim, 1991:18).

Eğitim, sağlık hizmetlerinin şekillendirilmesinde önemli bir araçtır. Eğitim yoluyla bilgilendirilmiş ve motive edilmiş bireyler sağlık sisteminin kendi sağlıklarını korumak ve yükseltmek için var olduğu gerçeğini algılayabilir (Çetinkaya, Öztürk ve Günay,1993:81).

- **Araştırma-Geliştirme Fonksiyonu;** “ Hastanelerdeki araştırma ve geliştirme faaliyetleri biri tıbbi, diğeri idari olmak üzere iki türdür. Tıbbi araştırma, hastanelerin temel işlevleri olan hasta ve yaralıların tedavisi işlemlerini yerine getirirken izledikleri mevcut tedavi planlarının kalitesinin sürekli iyileştirilmesi ve mevcut tedavi planlarından daha optimal tedavi planlarının oluşturulmasına yönelik bir süreçtir. İdari araştırma, hastanedeki işletmecilik sorunlarının saptandığı çözüme yönelik araştırmalardır.Bu bağlamda hastanelerde hizmet sunumunda karşılaşılan işletmecilik sorunlarının çözümünde idari araştırma ve geliştirme faaliyetleri önem kazanmaktadır. Batıda, özellikle ABD’de hastane endüstrisi büyük endüstriler arasında yer aldığından, hastanelerde idari araştırmalara çok önem verilmektedir. Hastanenin verimliliğini ve etkinliğini artırmaya yönelik bu araştırmalar, hastane içinde bir ekibe, yada hastane dışında bir uzmanlar grubuna yaptırılmaktadır.”(Seçim, 1991:19).

- **Toplumun Sağlık Seviyesine Katkıda Bulunma Fonksiyonu;** Hastaneler sözü edilen fonksiyonları yürütürken dolaylı olarak toplumun sağlık seviyesini de yükseltmektedirler. Kanseri gibi, alkolizm veya trafik kazaları gibi, toplum sağlığını tehdit eden hastalıklar veya tehlikelerle mücadelede hastanelerin kendi başlarına yapabilecekleri faaliyetler oldukça kısıtlıdır. Fakat diğer hastanelerle ve kamu kuruluşlarıyla birlikte yürütülecek eğitim programları, aşı

kampanyaları, röntgen taramaları bu amaçla gerçekleştirilebilecek faaliyetler arasındadır. Hastanelere başvuran hastalarda diğer gereken tetkiklerin yapılarak muhtemel hastalıkların teşhisi için alınacak tedbirlerde koruyucu tıp hizmetleri arasında mütalaa edilmektedir (Seçim, 1991:19-20).

1.4.13. Sağlık Hizmetleri Arzı

Sağlık hizmetleri, sağlık kurum ve kuruluşlarında bütçe uygulama talimatındaki fiyat listesine göre döner sermayeli bütçelerce verilir. Sağlık hizmeti; sağlık ocağı, hastane, laboratuvar, vb. sermaye unsurları ile hekim, hemşire, hastabakıcı, laborant, vb. emek unsurlarından oluşan ekonomik bir maldır.

Sağlık hizmetini arz eden üretici ve satıcılar için sağlık hizmetleri arzını belirleyen en önemli unsur, sağlık hizmetlerinin üretim maliyetidir. Sağlık hizmeti ile ilgili hekim, hemşire, idari personel vb. ve sağlık ocağı, hastane gibi binalar, çeşitli tıbbi araç ve gereçler üretim girdilerini oluşturmaktadır. Üretim girdileri için yapılan harcamalar ise sağlık hizmetlerinin üretim maliyetini oluşturmaktadır. (Orhaner, 2000 : 17)

Sağlık hizmetleri arzında fiyatlarda görülen değişimler de etkilidir. Ancak sağlık hizmetleri arzında kamu kesimi için fiyatların etkisi düşük iken özel kesim için yüksektir.

Özel kesim, fiyatlar yüksek ise sağlık yatırımı yapmaktan vazgeçebilmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetleri arzında özel kesimin payı halen düşüktür. Kamu kesiminin ise hastane sayısında % 78,9, yatak sayısında ise % 93,5 ağırlığı bulunmaktadır.

1.4.14. Sağlık Hizmetleri Talebi

Sağlık hizmetleri talebi, kişinin belli bir sağlık sorunuyla ilgili olarak sağlık kurumlarından faydalanabilme imkânıdır. Sağlık hizmetleri talebinde fiyat önemli bir unsur değildir. Çünkü kişi sağlık sigortasına sahip ise -Yeşil Kartı varsa- sağlık hizmetlerinin fiyatı, talebi etkilememektedir. Sağlık hizmetleri talebini etkileyen en

önemli unsur, sağlık ihtiyacının hayatın devamı için zorunlu ve önemli bir ihtiyaç olmasıdır. Sağlık hizmetleri ikame edilemez. (Sargutan, 1993:5)

2004 yılı öncesinde sağlık hizmetlerine olan talep düşüktür. Bunun nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- a) Sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli verilmeyişi,
- b) Sağlık sevk zincirinin etkin çalışmaması,
- c) Sağlık Kuruluşlarına müracaatın kültürel olarak az olması,
- d) Sağlık Hizmetlerinden kişilerin memnun olmaması.

Böylece, sağlık stoklarının zamanla eskidiği bilincinde olan bireyler, bu yıpranmayı belli bir düzeyde tutabilmek ve eskimeyi önleyebilmek amacıyla, talepte bulunurlar. Fakat, 2004 yılından sonra sağlıkta dönüşüm projelerine paralel olarak yukarıdaki olumsuzluklar azaldıkça hastaların sağlık kuruluşlarına olan talebi artmıştır. Bu talep, sağlıklı olmak talebidir. Ancak, bu talebin gerçekleşebilmesi, belirli mal ve hizmetlerin kullanımını zorunlu kıldığından, sağlık hizmetlerine olan talep ortaya çıkmış olur. Burada bireylerin aslında talepte bulundukları sağlık olduğundan, sağlık hizmetlerine olan talep, dolaylı /türev taleptir (Alpugan, t.y.:2 - 3).

Grossman insan sermayesi teorisiyle sağlık ve sağlık sektöründe talebi açıklamaya çalışmaktadır. Kişi kendine eğitim - öğretim ve sağlık için yatırım yapar. Kişinin getirisi de gelirinin artması olarak ortaya çıkar (Neun ve Sonterre, 1996: 2-4).

İnsanlar ne kadar çok aktif olursa o kadar fazla gelire sahip olurlar. Bu da insanların sağlıklı olmasıyla ilgilidir. Bu yüzden sağlıklı olmak için gereken girdilere talep gösterirler.

Sağlık insanın sermayesidir.

Sağlık hem yatırım (üretim) hem de tüketim birimidir. Schultz ve Mushkin, sağlığın, insan sermayesinin bir bölümünü oluşturduğu düşüncesindedirler. Bu araştırmacılara göre, sağlık konusunda harcaması yapılan giderler, bir yatırım niteliği taşır (Alpugan, t.y.:2 -3). Kişi sağlığını kullanarak yani tüketerek üretimde bulunur.

Kişi sağlığına yatırım yaparak ise ilerisi için üretimde bulunmayı garantiler. Böylece gelecekte sağlıklı bir yaşam sunmayı amaç edinmektedir. Sağlık arttıa kişisel fayda da artar (Neun ve Sonterre, 1996: 2- 4).

- **Sağlık Hizmetlerinde Net Olmayan Talep Eğrisi**

Sağlık hizmetleri talebi denildiği gibi türev taleptir. Örneğin; yeni bir bina yapımı için bir takım girdilerin sağlanması ve girdilerin üretiminin yapılması gereklidir. Yeni binaya olan talep başka malların veya hizmetin üretilmesine sebep olur. Bu üretime olan talep "türev (dolaylı) talep"tir (Lipsoy ve Steiner, 1987: 10-11). Feldstein'ın sağlık hizmetlerine olan talebin türev talep biçiminde kabul edişi şu şekilde özetlenebilir; (Feldstein, 1994: 10-11)

Sağlık stokundaki yıpranma, yaşın ilerlemesine paralel olarak artar. Bireyler, zamanın akışına göre hızlanarak artan yıpranmayı azaltabilmek için, sağlıkla ilgili giderlerini artırarak, her geçen gün artan oranda ve nicelikte sağlık hizmetlerini kullanırlar.

Sağlık hizmetlerine olan talep bireylerin gelirlerine paralel olarak belirli noktaya kadar artış gösterir.

Eğitim düzeyi yükseldikçe, bireyler daha verimli olarak sağlık üretiminde bulunacaklarından, sağlık hizmetlerinden daha az oranda ve nicelikte yararlanmak gereksinimi duyarlar.

Talep, sağlık hizmetleri üretimini etkilemektedir. Hastaların tedavilerinde hekimler arasında farklılıklar bulunabilmektedir. O halde tıbbi bakım sağlayanların tedavi şekilleri üzerine veya sağlık hizmetleri problemleri için aynı görüşte olmamaları sağlık hizmetlerine olan talebi belirsiz bir şekil haline getirebilmektedir. Aynı zamanda gerekli olan tedavi şekillerine hastaların razı olup olmamaları gibi tereddtlerde talep eğrisinde belirsizliğe sebep olabilmektedir.

Bu durumda, fiyat ve miktara etkilenerek değişen talep eğrisinin ne derecede kesin olup olmadığını belirlemek zordur (Neun ve Sonterre, 1996: 10-11).

- **Sağlık Hizmetleri İkame Edilemez ve Ertelenemez**

“Bilindiği gibi serbest piyasa modelinde bir mal veya hizmetin fiyatı ve dolayısıyla üretim miktarı piyasadaki arz ve talebe göre oluşur. Bununla birlikte, piyasada ikame mal veya hizmetler olarak isimlendirilen birbirlerinin yerini tutabilecek nitelikte, tüketiciye aşağı yukarı aynı tatmin duygusunu vererek talebini karşılayacak benzer mal ve hizmetler mevcuttur. Ancak, herhangi bir sağlık hizmetinin, başka tür bir sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir. Örnek olarak, polio sekelinin düzeltilmesi ameliyatı pahalıya mal olacak diye, bunun yerine çürük dişlerin bakımı konulamaz. Buna sağlık hizmetlerinin “ikame edilemezlik ilkesi” denmektedir.” (Saltık, 1995 :68)

1.5. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Kaynakları

Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu kaynaklar vergi ve sigorta temelli olarak ele alınmaktadır. Çoğu gelişmekte olan ülke sağlık hizmetleri finansmanının yetersizliği veya kaynak tahsisinin gerek sektörel bazda ve gerekse de sağlık sektörünün kendi içinde tahsisinde yaşanan problemleri önemsemektedirler. Kaynak ihtiyacı veya kaynakların yetersizliği; artan ihtiyaçların, diğer taraftan da artan nüfusun bir fonksiyonu olmaktadır. Sağlık sektörü finansmanı, gelirlerin elde edilmesi, fon havuzlarında biriktirilmesi ve kaynakların tahsisi ve hizmetlerin satın alınması süreci olarak tanımlanabilir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlık sistem finansmanı üç alt fonksiyona ayrılarak incelenebilir: (Murray and Frenk, 2000 : 717-728)

- Gelir elde etme (revenue collection)
- Fon biriktirme(fund pooling)
- Hizmetlerin satın alınması (purchasing)

1.5.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanı için birçok kaynaktan yararlanılmaktadır. Bu kaynaklar içerisinde genel bütçe transferleri, sağlık harcamaları içinde en önemli yeri tutmaktadır. Ortalama olarak toplam finansmanın

yarısı vergiler yoluyla devlet bütçesinden, yaklaşık % 17'si sosyal sigorta fonlarından, geri kalan % 30'luk kısmı ise, kişilerin direkt ödemelerinden karşılanmaktadır. ('Sanal'', 10.Şubat.2007)

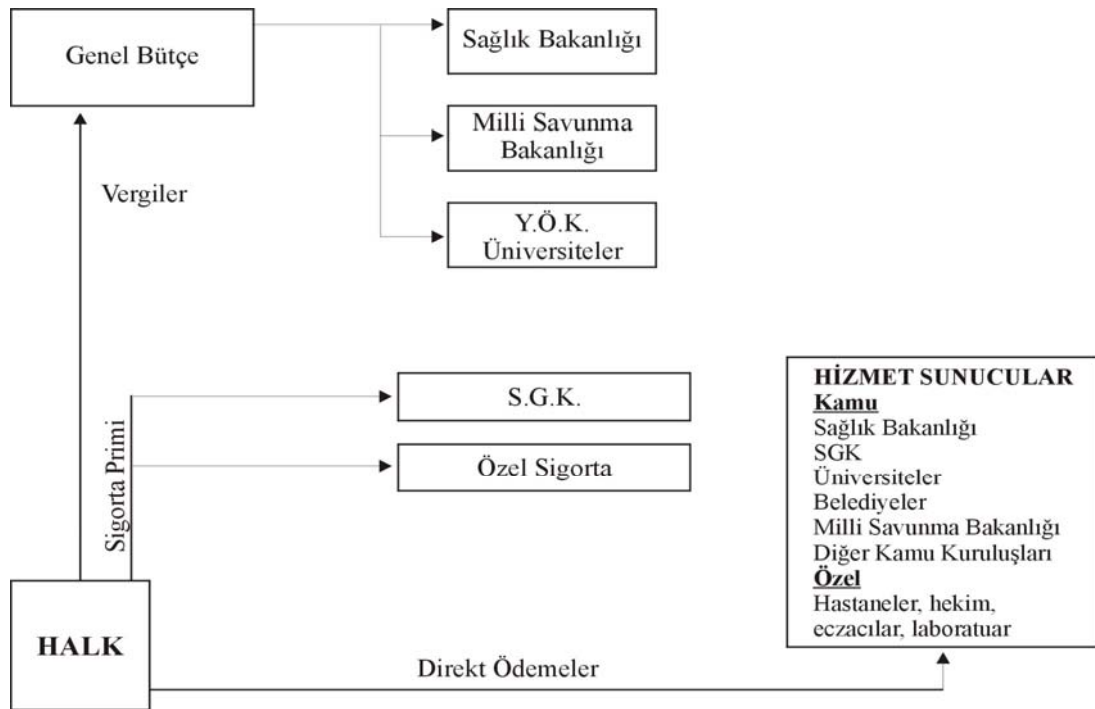
Bu üç kaynaktan elde edilen fonlar,

- Kamu harcamalarında en önemli yerini teşkil eden Sağlık Bakanlığı, ayrıca Milli Savunma Bakanlığı, sosyal sağlık güvencesi programları (SGK), YÖK, KİT'ler, belediyeler, diğer kamu kurum ve kuruluşları, özel fonlar, vakıf sandıkları ve özel sağlık sigortaları aracılığıyla veya

- Kullanıcılar tarafından direkt olarak cepten ödeme şeklinde hizmet sunuculara transfer edilmektedir.

Bununla birlikte, ülkemizde sağlık finansmanını sağlayan birçok kurum ve kuruluşun aynı zamanda hizmet sunumunu sağlıyor olması ve ayrıca bu kurum ve kuruluşların sayılarının çokluğu, sağlık finansmanı sistemini karmaşa içine sürüklemektedir.

Tablo - 4: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı



Kaynak: SPGK, Sağlık Bakanlığı 1997

1.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları

Bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etme çabaları, sağlık giderlerini arttırmaktadır.

Sağlık harcamalarında işveren, işçi ve devletin katkısıyla finanse edilen ve yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi konular yanında sağlık konusunda da başvuru alan sosyal sigortalar da önemli bir finansman kaynağıdır. Özel kesim, sağlık harcamalarına doğrudan hizmet bedelini ödeyerek, bağış ve yardımlar yaparak ya da özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır. Ayrıca devlet bütçesi tarafından, bütçe transferi gerçekleştirilerek sağlık harcamaları finansmanı gerçekleştirilmektedir.

Sağlık hizmetleri Finansman Kaynakları ise beş başlık altında ele alınabilir: (Yıldırım ve Yalçın, t.y.: 3-8)

1.5.2.1. Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları: Beş bölümden oluşmaktadır. Bunları sırayla incelersek;

- **Genel Vergi Gelirleri (Beveridge Modeli)** ; günümüzde sağlık hizmetleri finansmanında kolektif sorumluluğun yerine getirilmesi noktasında yaygınlıkla başvuru alan finansman kaynaklarından biridir. Sistem içindeki ağırlığı ülkeden ülkeye, başta politik ve ekonomik rejim farklılıklarına bağlı olmak üzere, değişiklikler göstermektedir. Kollektivist nitelikli politik rejime sahip ülkelerde sistemin doğası gereği Genel Vergi Gelirleri finansmanda başvuru alan neredeyse temel kaynak niteliğindedir. Bunun dışında kalan ülkelerde ise bu kaynağın sistem finansmanındaki ağırlığını belirleyen en önemli öğelerden biri ise toplumun kolektif sorumluluğu ne ölçüde kamusal yollarla üstlendiğine bağlı olarak Beveridge ve Bismarck'çı yaklaşım tercihidir. Örneğin, Almanya Bismarck'çı sosyal sigorta sistemi tercih ederken, İngiltere ise Beveridge sistemini tercih etmiştir. (Tatar, 1996 :72)

- **Sosyal Sigorta / Zorunlu Sağlık Sigortası (Bismarck Modeli)** ; Bismarck Modeli olarak da anılan sosyal sigorta temelde prime dayalı olarak sigorta anlayışı ile işçilerin kazalara, hastalıklara, yaşlılığa ve malüllüğe karşı korumayı

amaçlamaktadır. 1881 yılında Almanya’da başlamıştır.(Normand and Charles,1994.15) Almanya’da ulusal sağlık sigortasının mimari olan Bismarck’ın modeli gelişen Dünya da oldukça uygulama alanı bulmuştur. Bu modele göre sağlık sigortasında üzerinde mutabakata varılan oranlarda, maliyetlerin bir kısmını çalışan, bir kısmını da işveren üstlenmektedir ve devlet düzenleyici fonksiyonunu üstlenerek ve bazen de fakirlerin primlerine veya kronik hastalıklar gibi sigorta edilmesi zor kesimlerin primlerine katkı da bulunarak finansmanda katkı sağlar.(Maxwell, 1988 : 296)

- **Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı / Borç Kullanımı / İç ve Dış Borç ;** Açık finansman sağlık hizmetlerinde kullanılan diğer bir finansman kaynağı ise açık finansman ve enflasyonun kullanılmasıdır. Enflasyon ise para basma şeklinde veya tüketici fiyatlarındaki genel artışı ifade eder. Devletin giderleri gelirlerini aştığı zaman bütçe açığı oluşur. Devlet bu açığı ya para basarak, ya da kamu mal hizmetlerine zam yapılarak kapatılmaya çalışılır. Gerek sağlık hizmetlerinin ve gerekse de diğer hizmetlerin açık finansman veya enflasyonun kullanılarak finansmanında özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu açığı veya enflasyon düzeyini kontrol altında tutmak için gerekli yönetsel disiplinden yoksundurlar. Bu yoksunluk beraberinde daha büyük açıkları ve hiperenflasyonu getirebilir.(Sorkin , 1986 : 345- 349)

Açık finansman borç alma ve bunu şimdi harcayarak daha sonra belli zaman sürecinde genellikle genel vergi dışı gelirlerden geri ödeme kararıdır. Bu ulusal ve uluslar arası nitelik taşıyabilir, kısa vadeli düşük faizli borç veya tahvil ve hisse senedi mekanizması ile olabilir. Bu fonların kullanımının maliyeti faizdir. Az gelişmiş ülkelerdeki yüksek enflasyon oranları ki bu gerçek borç faiz oranlarını da etkiler ve genellikle hükümetlerin kredi itibarı konusundaki şüpheler bu tür finansmanın sağlık sistemlerini desteklemede kullanılmasını zorlaştırmaktadır.(Tatar, 1996 :72)

- **Özel Amaçlı (Hypothecated / Earmarked) Vergiler ;** Özel amaçlı vergiler belirli amaçlarla toplanan vergilerdir. Özel amaçlı vergiler genellikle tütün , bira gibi ürünlere ve spor aktivitelerine (loto gibi) yüklenen satış vergileridir, bu vergiler belirli amaçlarla konulur ve bu amaçlar dışında kullanılamazlar.

Bu tür tüketim vergilerindeki en büyük problem genellikle toplanmasında ve dağıtımındaki zorluk olarak belirtilmektedir. Bu tür vergiler popüler olmayabilir ve genelde uygulandığı üzere eğer bu vergiler yiyecek maddelerinden, eğlenceden, sigara ve alkol gibi maddelerden alınıyorsa adaletsiz (regressive) bir özellik taşır ve bu da az gelirli ailelere oransal olarak çok daha büyük bir yük yükler.

Bu finansman kaynağı belli programlar veya projelerin finansmanında kullanılabilir.(Tatar, 1996 :46)

- **Piyango ve Bahis Gibi Gelirler;** Bazı ülkelerde sağlık hizmetleri finansmanını sağlamak için piyango ve bahis gelirlerinden yararlanılmaktadır. Doğrudan bir finansman kaynağı değildir. Nadiren kullanılmaktadır. Adil olmayan bir özelliği olduğu için eşitsizliklere yol açabilir.(Tatar, 1996 :47)

1.5.2.2. Özel Finansman Kaynakları : Beş bölüm şeklinde ele alınmaktadır. Bunlar;

- **Özel Sağlık Sigortası ;** Özel sağlık sigortası az gelişmiş ülkelerden çok, gelişmiş ülkelerde ve genellikle sosyal sigortanın veya NHS gibi ulusal sistemlerin bulunmadığı ülkelerde yaygın bir biçimde başvurulmuş finansman mekanizmasıdır.

Özel sigortayı sosyal sigortadan ayıran iki özellikten bahsedilebilir:

1. Özel sağlık sigortası sosyal sigortada olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı kapsamaz.

2. Özel sigorta primleri sosyal sigortada oldu gibi bir havuzda toplanmış riske göre değil sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılığı göz önünde bulundurularak belirlenmekte, buna bağlı olarak da primler kişiden kişiye ya da gruptan gruba farklılıklar gösterebilmektedir.

Bunun sonucu primlerin yüksek olması nedeniyle sigorta edilen kişi miktarının azalması ve bazı grupların özellikle kronik hastalığı olanların ‘kötü risk’ grubuna girmeleri nedeniyle sigorta kapsamı dışına çıkarılmaları olabilir. (Tatar, 1994)

Özel sigorta uygulamaları sosyal dayanışmayı önemli ölçüde zedelemektedir. Çünkü özel sigortalar birey ve risk temelli olarak prim alırlar.

Özel kesim ise, sağlık harcamalarını doğrudan kendileri finanse edenler ya da kendilerine özel sağlık sigortası yaptırarak, sağlık harcamalarını karşılayan kişilerden oluşmaktadır.

Özel sağlık sigortası ülkemizde 1991 yılından itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Ancak ülkemizde kişi başına gelirin düşük olması, kişilerin sağlık sigortası hakkında yeterince bilgili ve istekli olmaması, özel sigorta şirketlerine güven duyulmaması, vb. özel sağlık sigortasına talebi önlemektedir. Yapılan bir araştırmada özel sağlık sigortasına talepte bulunanların % 82'i özel kesimde çalışan ve/fakat SSK ve Bağ-Kur imkanlarını yetersiz bularak ek bir sağlık güvencesi arayışına giren sigortalılardır. (Orhaner, 2000 : 85).

- **İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler** ; İşverenlerin çeşitli yollarla çalışanlarının sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının tamamını veya bir bölümünü doğrudan finanse etmeleridir. Bu yöntemin pek yaygın olamadığı ve hiçbir ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı bir yere sahip olmadığı belirtilmektedir.(Tatar, 1996 :48)

- **Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları / Yardımları** ; İşletmelerin, zengin birey ve ailelerin ve dinsel örgütlerin gönüllü yardımlarıdır.

- **Toplum Finansmanı** ; Sağlık hizmetlerinin maliyelerinin bir bölümünü karşılamak için bireyler ya da gruplar tarafından yapılan katkılar olarak tanımlanan toplum finansmanı, vergiler, sosyal sigorta primleri ya da hane halkı harcamaları ile karıştırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde toplum finansmanı uygulaması ağırlıklı olarak sağlık projelerine para, malzeme veya işgücü sağlanması şeklinde gerçekleşmektedir. (Tatar ve Tatar, 1998)

- **Doğrudan Hane halkı Harcamaları / Kullanıcı Katkıları** ; 1980'lerden beri kullanıcı katkıları, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sosyal sektörlerde özellikle de sağlıkta bir finansman kaynağı olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

Alternatif sağlık finansman yöntemlerinden birisi olan ve ilave gelir elde etme aracı olan kullanıcı katkıları son yıllarda çok kullanılmaktadır. Kullanıcı katkıları taraftarlarına göre, bu yöntem gereksiz kullanımları önleyeceği ve hastaları

taleplerinde daha duyarlı ve maliyet bilinçli hale getireceği için faydalı olacaktır. Ancak karşı olanlara göre ise; bunun tam tersine özellikle fakir kesim tarafından gerekli olan sağlık hizmetlerinin kullanımını engelleyeceği ve finansman yükünü bu kesimin üzerine yıkacağı ve finansal maliyetleri artıracığı için zararlıdır / dezavantajlıdır.(Sorkin , 1986 : 345- 349.)

1.5.2.3 Devlet Bütçesi

Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir. Bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay 2003 yılında SGK'na 15.884.000 TL para transferi yapılmıştır. GSMH'nın % 4.45'dir. 2006 yılında ise SGK'na 22.892 .000 TL para transferi yapılmıştır. GSMH'nın % 4.23'dür. 2007 yılında da SGK'na 31.788.000 TL para transferi yapılmıştır. GSMH'nın % 4.7'dür. 2008 yılında ise SGK' na 35 milyar lira para transferi yapılmıştır. GSMH' nın % 4.85 ' dir. (DPT, 2004 :7)

Sağlık Bakanlığı başta devlet memuru ve emeklileriyle bunların aile bireylerine ayrıca sağlık güvencesi altında olsun ya da olmasın tüm ülke halkına sağlık hizmeti sunmakta, gelirleri; genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşmaktadır.

Devlet, ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerini de üstlenmektedir. Yeşil Kart uygulaması ile ilgili kanunun 1992'de yürürlüğe girmesiyle devlet; hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve aylık geliri veya aile içindeki payı 1475 sayılı İş Kanunu'na göre belirlenen asgari ücretin, vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünde en az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını karşılamaktadır. Yeşil Kart kapsamında 13.4 milyon kişi bulunmaktadır.

1.5.2.4. Kamu Sağlık Sigortası

Sağlık sigortası, ailesinin geçimini sağlamakla yükümlü sigortalının, eşi ve çocuklarının da tedavi masraflarını karşılamaktadır. Sağlık sigortası ile kişiler, sağlıklı oldukları sürede verdikleri prim ve katkılarla hastalandıklarında ya da kazaya uğradıklarında kendileri için yapılacak sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadırlar.

Kamu sağlık sigortası ile sosyal sigorta kurumları sigorta kapsamında olan kişilerden, işverenlerden ve devletten sağlık primi adı altında gelir elde etmekte ve bu gelir ile sağlık giderlerini karşılamaktadır. Ülkemizde T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Vakıf statüsünde ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları, sağlık sigortasını uygulayan sosyal güvenlik kuruluşlarıdır. Sağlık sigortasından yararlanma koşulları, sağlık yardım türleri, ödenecek prim miktarları ve süresi sosyal sigorta kurumlarının kuruluş kanunlarında belirtilmiştir. (Orhaner, 2000 :4)

Bununla beraber sosyal güvenlik kuruluşları daha önce izledikleri yanlış politika, enflasyon, emeklilik yaşının küçük olması, devlet müdahaleleri ve insan ömrünün uzaması, vb. nedenlerle sigorta ödemelerinde zorlanmaktadır.

Türkiye’de 2003 yılı itibariyle nüfusun % 86,4’ü sosyal sigorta kapsamındadır. Sosyal sigorta kapsamında olanların % 15’i T.C. Emekli Sandığı’na, % 57,1’i Sosyal Sigortalar Kurumu’na, % 27,1’i Bağ-Kur’a, % 0,08’i özel sandıklara bağlıdır. Sosyal sigorta kapsamında olup sağlık sigortasından yararlananların genel nüfusa oranı ise % 85,4’dür. (DPT, 2005 :5)

1.5.2.5. Diğer Kaynaklar

Sağlık harcamalarının finansman kaynakları arasında yurtiçinde ve yurtdışında yaşayan T.C. vatandaşlarının bağış ve yardımları, uluslararası bazı kuruluşların (Dünya Bankası, UNICEF, vb.) yardım ve kredileri de sayılabilir.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERİ BİRLEŞMEYE İTEN FAKTÖRLER VE BİRLEŞMENİN SİNERJİK ETKİLERİ

Sosyal güvenlik sistemi içerisinde sadece Sosyal Sigortalar Kurumu kendi hastanelerini oluşturmuş ve kendi birim mensuplarına hizmet veriyorlardı. Devlet hastaneleriyse Emekli Sandığı ve Bağ-Kur mensuplarıyla birlikte bütün vatandaşlara hizmet veriyorlardı. Üniversite hastaneleriyse kendi mensuplarıyla birlikte sözleşmeli olarak diğer kurum mensuplarına ve özel hastalara hizmet vermektedirler. Hastaneler arasındaki bu bölünme hem ellerindeki alet-edevat ve imkânların etkin kullanımını önüyor hem de vatandaşlar arasındaki ayırım rahatsızlık veriyordu. Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi ve etkin hizmet vermeleri yani kaynakların optimal kullanımı için birleştirilmeleri kaçınılmaz gözüktüyordu.

2.1.Hastaneleri Birleşmeye İten Faktörler

Sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufunu, hizmette etkinliği ve verimliliği sağlamak için Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensubu, aktif devlet memuru ve yeşil kart sahibi hastaların Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı sağlık tesislerinde, Sosyal Sigortalar Kurumunun sağlık yardımlarından yararlanan hastaların ise Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde muayene, tetkik, tahlil ve tedavilerinin sağlanması amacıyla, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında bir protokol düzenlenmiştir. Hazırlanan Sağlık Bakanlığı – SSK Sağlık tesislerinin ortak kullanım protokolü 01.01.2004 yılında uygulamaya başlanmıştır.

Bu protokol, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı mensupları, aktif devlet memurları, yeşil kartlı hastalar ve 2022 sayılı, 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz, kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkında kanun uyarınca kendilerine aylık bağlananlar (yeşil kart sahiplerinin tabi olduğu sevk hükümleri çerçevesinde) ile Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı sağlık tesislerini kapsamaktadır. Bu kapsamda hastalar:

Sağlık Bakanlığı'na ve SSK'ya ait birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinden ayaktan veya yatarak muayene, tetkik, tahlil ve tedavi için doğrudan veya sevkle müracaatla hizmet alabilecektir.(T.C. Sağlık Bakanlığı, 01 Ocak 2004)

SSK hastaneleri, 20.02.2005 günü Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş bulunmaktadır. Ankara'da Ziraat Bankası Hastanesi, İstanbul'da ise Polis Hastanesi ve PTT Hastanesi ile birlikte, SSK'ya ait 148 hastane ve 400 sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na devredildi. Bu arada yaklaşık 56 binin üzerinde SSK personeli de Sağlık Bakanlığı'na kaydırılmıştır. Türkiye'de 34 bin 450 yataklı 148 hastaneden, sağlık hizmeti almaya çalışan tam 33 milyon SSK'lı var. SSK'ya bağlı 145 hastane ve 212 dispanser, 11 ağız ve diş sağlığı merkezi ile 2 özel dal merkezi olmak üzere toplam 370 sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş bulunuyor.

Sonuç olarak; SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devriyle SSK'lılara devlet ve anlaşmalı özel hastanelerin kapısı da açılmış bulunuyor. SSK emekli hastalar sağlık karneleriyle doğrudan, çalışanlar ise işyerlerinden aldıkları sevk (vizite kağıdı) ve sağlık karneleriyle hastanelere müracaat edebilecekler.

2.1.1 Hastane Politikalarında Yaşanan Gelişmeler

Cumhuriyetimizin kuruluşu ile birlikte, bütün kurumlar ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında batıya dönük bir yol izlenmiştir. Sağlık politikaları bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, temel tercih değişiklikleri göstermiştir. Geçmişten günümüze hastane politikalarında yaşanan gelişmeleri şu şekilde sıralayabiliriz: (Akdağ, 2008 : 13 -21)

- **“ 1920 – 1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları:**

Sağlık bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben 03 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. Bu dönem sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.

- **1923 – 1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları:**

Bu yıllar arasında Sağlık hizmetleri, geniş bölgede tek amaçlı hizmet / dikey örgütlenme modeli ile yürütülmüştür. Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik

kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane amaçları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabipliği kurulmuştur.

Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924'te 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştır.

- **1946 – 1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları:**

Bu dönemde Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilmiş fakat tümüyle uygulanamamış.

Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülüyordu. Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesi yapılanması öngörülmüş ve bu çerçevede planlama yapılmıştır.

Hastane ve sağlık merkezlerinin sayısı da arttırılarak, aynı çerçevede yatak sayılarında da artışlar sağlanmıştır.

Hem Sağlık Planı ve hem de Milli Sağlık Programında, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktadır.

Yine bu çerçevede işçi sigortaları idaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) 1946 yılında kuruldu. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır.

- **1960 – 1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları:**

1961 yılında 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun çıktı. 1965'te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında kanun çıktı.

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlandıysa da, Bakanlar Kuruluna sevk edilemedi. 1969 yılında 2. Beş yıllık kalkınma planında Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar öngörüldü. 1971'de Genel Sağlık

Sigortası Kanun Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderildi fakat kabul edilmedi. 1974 yılında Meclis'e tekrar sunulan taslak görüşülmedi.

1978'de Sağlık Personelinin tam süre çalışma esaslarına dair kanun çıktı. Kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklandı. 1980 yılında Sağlık personelinin Tazminat ve çalışma esaslarına dair kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak tekrar muayenehane serbestliği getirildi.

- **1980 – 2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları:**

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir.

1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bütünüyle uygulama imkanı bulunamamıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu ‘ Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması’ bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 ve 1993'de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorisi çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır.

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ‘Ulusal Sağlık Politikası’ hazırlandı.

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, ‘Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı’ adı altında, Bakanlar Kurulu'na Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında, Genel Sigortası ile ilgili olarak, ‘Sağlık Sandığı’

adı altında tanımlanan tasarı Bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır.

• **2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı:**

3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan Acil Eylem Planında ‘ Herkese Sağlık ‘ başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir.

Acil Eylem Planı’nın belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyuruldu. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönüşmeyi hedefledi:

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

2003 – 2008 yılları sağlıkta birçok taşın yerinden oynadığı önemli bir dönem olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konduğu son birkaç yılda ülkemiz, sağlık politikalarındaki değişikliklerin kamuoyunda sıkça tartışıldığı, ortaya konan icraatların hizmet sunanlar kadar hizmet alanlar tarafından belirgin bir şekilde hissedildiği bir sürece tanıklık etmiştir.

Sağlık hizmetlerinde artık kuyruklardan çok hasta memnuniyeti, sağlık hizmetine erişimden çok hasta güvenliği tartışılır olmuştur. İlaç kuyruğunda bekleyen hastaların ıstırapı yerine ilaç harcamalarının miktarı medya gündemine girmiştir.

Maddi durumdan dolayı rehin kalan hastalar yerine, sosyal güvenliğin kapsamı ve Genel Sağlık Sigortası ana konular olmuştur. Acil hasta nakli sorunu yerine yeterli sayı ve nitelikte yoğun bakım yatağı talepleri dile getirilir hale gelmiştir.

Aşılanma oranlarındaki düşüklükler yerine aşı takvimine yeni aşılardan eklenmesi tartışılmış, hayata geçirilmiştir. Sağlık personelimiz gelirlerinin azlığından sıkıntılıken, şimdi gelirlerinin sürekliliğinin takipçisi durumuna gelmiştir.

Sağlık alanında atılan kararlı adımlar, kamu sektöründen özel sektörüne, en yoksulundan en zenginine kadar vatandaşlarımızın hayatında yer bulmuştur. Kısacası Sağlıkta Dönüşüm Programı, bir program olmaktan öte, icraatın adı haline gelmiştir.” (Akdağ, 2008 : 13 -21)

2.1.2 Hastanelerin Sosyo - Coğrafi Dağılımının Dengesiz Oluşu

Gelişmiş ülkelerin çoğunda sağlık sistemleri tüm nüfusu kapsayacak şekilde yapılandırılır.

“ Sağlık planlaması Danimarka’da yerel idareler ve belediyeler merkezi hükümetin gözetiminde sağlık alanlarını planlar. İngiltere’de ulusal ve bölgesel planlama yerel yöneticilerin katılımıyla merkezi hükümet tarafından yönetilir. Fransa’da bölgesel hastane birlikleri, merkezi hükümetin belirlediği çerçeve içinde hastane hizmetlerini planlar. Almanya’da hastane kapasitelerini, ulusal ve bölgesel mevzuat çerçevesinde eyalet hükümetleri planlar. Kanada’da planlama bölge yönetimlerinin sorumluluğunda ancak bazı durumlarda ulusal çerçeve dikkate alınarak yapılır.” (Akdağ, 2008 : 13 -21)

Kanada, Fransa ve Almanya’da hastane planlamaları hem kamu hem de özel hastaneleri kapsamaktadır. Ülkemizde de hastane planlamaları, bu ülkelerde olduğu gibi hem kamu hem de özel hastaneleri kapsamaktadır. Diğer taraftan Danimarka ve İngiltere gibi ülkeler planlarını sadece kamu hastaneleri ile sınırlı tutmaktadır.

Ülkemizde, sağlıkta bölgesel planlama çalışmalarında nüfus, coğrafi yapı, kapsadığı bölge, merkeze uzaklık, ulaşım, yerel ihtiyaçlar ve mevcut sağlık envanteri dikkate alınmıştır.

“ Referans hastaneleri / kampusları bölgelerindeki sağlık eğitimini ve kurumsal rehberlik ihtiyaçlarını karşılamak için planlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programından önce sağlık hizmetinin sunumu sağlık evi, sağlık ocağı, ilçe hastanesi, il hastanesi ve bölge hastanesi şeklinde aşağıdan yukarıya tümevarım mantığı ile yapılandırılmışken bu planlama ile referans merkez baz alınarak tümdengelim metodu ile yaklaşım öngörülmüştür.” (Akdağ, 2008: 98-100)

2.1.3 Hastane İşletmeciliğinde Yaşanan Sorunlar

Resmi hastaneler Sağlık Bakanlığına bağlı olduğundan kanun ve yönetmeliklerle idare edilmektedir. SSK ile diğer Devlet hastaneleri birleşmeden önce hasta sayılarının azlığı ve ilgili prosedürlerin fazla değişmemesi nedeniyle fazla bir sorun yaşanmamaktaydı. Sağlıkta Dönüşüm Programı neticesinde hastanelerin birleşmesiyle hastane yöneticiliğinde çok sık yönetmelik ve genelgelerin değişmesi neticesinde işletmelerde ciddi sıkıntılar oluştu. Buna paralel olarak hastaların memnuniyetinde artışlar oldu. SSK ve Numune hastanelerini birleşmeye götüren sorunlar altı başlık altında ele alınmıştır. Bunlar;

2.1.3.1 Hizmet Sunumunda Eşgüdüm (Koordinasyon) Eksikliği

Koordinasyon, bir örgütün işleyişini kolaylaştıracak ve başarılı olmasını sağlayacak biçimde, tüm örgütsel etkinliklerin uyumlulaştırılmasıdır.

Daha geniş anlamda koordinasyon, belirlenen amaçlara, plan ve program hedeflerine ulaşılabilmesi için kurumların görev, faaliyet ve işlemleri arasındaki uyumun sağlanmasıdır.

Koordinasyon, yönetimin temel işlevlerinden birisidir. Kalkınma plan ve programları arasındaki hedeflerin zamanında ve etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi, kurumlar arasındaki işbirliğinin enformasyonun ve kurumların faaliyetleri arasındaki uyumun sağlanması ile doğru orantılıdır.

“Anayasamızın 123. maddesinde ve bu maddeye dayanarak idareyi düzenleyen 3046 sayılı kanunun 3. maddesinde devlet idaresinin bir bütün olarak esas alınması gerektiği ve görev yetki ve sorumlulukların tespitinde bu bütünlüğün bozulmayacağı vurgulanmaktadır. Görüldüğü üzere kamu kurumları arasındaki koordinasyonun gerçekleştirilmesi devletin amaç ve hedeflerinin gerçekleştirilmesi açısından önemli olduğu gibi, anayasal bir gereklilik olarak ta karşımıza çıkmaktadır.”(Akarsu, t.y, :1)

Buna karşın Türk Kamu Yönetiminde koordinasyon işlemi yeterli ölçüde faaliyet gösterememektedir ve bundan dolayı da kurumlar birbirinin faaliyetlerinden habersiz olarak sadece kendi amaç ve hedeflerini gerçekleştirme adına faaliyet göstermektedirler.

“ Sağlık alanında da çeşitli kurumlar arasında koordinasyon eksikliği bulunmaktadır. Bu konu 2005 yılında TBMM’ ne sunulan “Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde ilaç tıbbi sarf malzemesi ve tıbbi cihaz yönetimi” adlı Sayıştay’ın Performans Raporunda ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Söz konusu raporda belirtildiği üzere, Personel Genel Müdürlüğünce yapılan personel atama ve tayinlerinde, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile koordinasyonun sağlanmaması sonucunda, kimi hastanelerde bazı branşlarda büyük oranda personel sıkıntısı yaşanmakta iken, bazı hastanelerde ise aynı branşlarda aşırı yığılmalar olduğu görülmektedir yine malzeme yönetim faaliyetleri değişik birimler tarafından başhekimlere odaklı olarak yürütülmektedir. Bu dağınıklık ve birimler arasındaki koordinasyonsuzluk, ihtiyaçların zamanında teminini ve kaynak planlamasını güçleştirmektedir. Raporda , malzeme yönetimi faaliyetlerinin, idarî ve malî alanda özel bir eğitim gerektirmesi dolayısıyla , bu alanda uzman bir birim tarafından yürütülmesi önerilmektedir. Bu konuda yaşanan bir problemde hastanelerin kendi branşları dışındaki cihazları da temin etmeleri, bazı hastalık türlerinde yeterli başvuru olmaması nedeniyle laboratuvar ve radyoloji birimlerinde bulunan tetkik araçları, malzemeler ve çalışan personel açısından âtıl kapasitelerin oluşmasına yol açmasıdır. Raporda, hastaneler arasında yapılacak bir koordinasyonla, nadir kullanıldığına karar verilen tıbbi malzeme ve tıbbi cihazların, bunları en verimli şekilde kullanabilecek

diğer hastanelere transferi sağlanarak, âtil kapasitelerin ortadan kaldırılması önerilmektedir.” (T.C.Sayıştay Başkanlığı, t.y, :2)

Kurumlar arındaki koordinasyonsuzlukların giderilebilmesi için öncelikle buna sebebiyet veren unsurlar tespit edilmeli, sonra da bu unsurlara yönelik tedbirler alınmalı ve düzenlemeler yapılmalıdır.

“Kurumlar arasında koordinasyonsuzluğun sebeplerinden birisi, kurumların birim düzeyinde ayrıntılı amaç ve görevlerinin açık olmamasıdır. Kurumların görev ve yetki alanları ayrıntılı bir şekilde tespit edilerek düzenlenmelidir.

Kurumlar arasındaki koordinasyon eksikliğinin diğer bir sebebi , kurumlar arasındaki bilgi alış verişlerinin yeterli ölçüde gerçekleştirilememesidir. Kurumların birbirinden habersiz faaliyet ve işlemlerinin önlenebilmesi için bilgi iletişim sisteminde akışkanlığın sağlanması gerekmektedir.” (Akarsu, t.y.,:1)

Bu koordinasyon eksikliğini giderebilmek için yapılacak en önemli işlemlerden biri, ilgili kurumların temsilcilerinin bir araya gelerek toplantılar düzenlemesi ve bu toplantıları belirli aralıklarla tekrarlarının yapılmasıdır. Ayrıca bu toplantılara katılan kurum temsilcilerinin ilgili konuda yetkili ve yeterli olması ve sık değıştirilmemesi gerekmektedir.

2.1.3.2 Ortak Sağlık Planlamasında Yaşanan Güçlükler

Modern bir hastane çok karmaşık bir yapıdır ve hastane planlamasında çözümlerin disiplinler arası işbirliği ile geliştirilmesi zorunludur. Hijyenik gerekler ise hastane planlamasında ön plandadır ancak tek başına hastane planlamak için yeterli değildir. Hastanenin ülkenin sağlık sistemi içerisindeki yeri ve hastanede hangi fonksiyonların bulunacağını belirlenmesi gerekir. Planlamanın hasta odaklı olması gereklidir ki, hastanın ihtiyaçları ve sağlığının güvenliği en hızlı, verimli ve üretken şekilde sağlanmalıdır, hastaya müdahale ve bakım süreçlerinin ve bunları destekleyen teknik süreçlerin çok iyi analiz edilmesi ve bunların hastaya uygulanması gerekir. Hastanelerde kullanılan bir çok ekipmanın teknik altyapı ve özel planlama gerekleri vardır, bunların doğru şekilde çözülmesi gerekir. (‘‘Sanal’’, 12.Şubat.2009)

Sağlık planlaması ise; sağlık hizmetlerini planlı gelişmesini gerçekleştirmek için, akılcı ve mantıklı bir şekilde, ülkenin medikal hizmet ihtiyacını ülkenin kaynakları ile dengeleyerek ve medikal hizmet alanındaki teknolojik gelişmeler ve birikimleri nazarı dikkate alınarak yapılan bir planlamadır. Bu görüş çerçevesi içinde yapılan sağlık planları, ülkenin ihtiyaçlarına göre özel şekiller alabilir. Aynı zamanda milli sağlık planı, ülkenin sosyal ve ekonomik planının bir parçasıdır. Sağlık planının ülkenin ihtiyaçlarına uygun bir şekilde yapılabilmesi için, ülkenin kaynaklarını ve ihtiyaçlarını belirleyecek istatistiklerin hazırlanması gerekir. (‘‘Sanal’’, 12.Şubat.2009)

Sağlık Planlamasının Amacı:

Sağlık planlamasının amaçları şunlardır : (‘‘Sanal’’, 12.Şubat.2009)

- Medikal hizmet arz ile talep durumunun saptanması.
- Taleplerin eldeki kaynaklara göre karşılanması.
- Ülkenin sosyo-ekonomik ihtiyaçlarına en uygun yatırım planına dönüştürülmesi.

Böyle bir sağlık planının yapılabilmesi için planın;

- Kapsamlı, dengeli ve öncelikleri saptanmış,
- Esnek, gelişime açık,
- Kaynakları ve stokları en iyi şekilde kullanan,
- Fiili ve potansiyel personel ihtiyacının planlanmış olması gerekir.

Sağlık Planlamasının Evreleri:

Sağlık planlaması sürecindeki evreler şöyle sıralanabilir; (‘‘Sanal’’, 12.Şubat.2009)

- Problemlerin ve kaynakların, değişen gelecek durumlara projeksiyonu.
- Kaynak sınırlamaları ışığında politika seçeneklerinin gözden geçirilmesi.
- Politika belirlenmesi.
- Politika amaçlarına uygun programlar yapma.

- Politika amaçlarının başarısını ölçmek için değerlendirme işlemlerinin uygulanması.

- Planlamanın bir üst aşaması için önceki deneylerden sonuçlar çıkartma.

Gelişmenin sağlanması için dört tip bilgiye ihtiyaç vardır;

- Sağlık sektörü çıktısını ölçmek için demografik ve epidemiyolojik indisler.

- Risk faktörü.

- Kaynaklar.

- Hizmet dağılımı.

Sağlık Planlamasını Zorunlu Kılan Faktörler :

“Birçok ülkede tedavi kurumları, personel, tedavi hizmetleri, koruyucu hekimlik hizmetleri organik bir şekilde büyümektedir. Bu şekilde bir büyüme, başlangıçta bir ölçüde kaçınılmaz olmaktadır. Büyüyen sağlık hizmetleri kompleks ve karmaşık bir bütün olmaya başlamakta, geliştikçe daha çok karmaşıklaşan sağlık hizmetlerinin de sosyal, kültürel ve ekonomik parametrelerle etkilenmeye başladığı görülmektedir. İktisadi planlamanın da zorlanmasıyla organik bir gelişmenin yerini, düzenli ve etkin bir gelişme almaktadır.

Sağlık planlamasının yapılmasını zorunlu kılan diğer faktörler ise şunlardır;

- Sağlıktaki düzelmeler sonucunda ortaya çıkacak üretim artışları,
- İlerideki tıbbi bakım giderlerinden ve muhtemel kayıplardan tasarruflar,
- İşgücü kayıplarının azaltılması ve çalışma yaşının uzatılması,
- Toplumun sağlık standardının yükseltilmesi.” (“Sanal”, 12.Şubat.2009)

Sağlık Planlamasında Karşılaşılan Zorluklar :

Bu zorluklar, bilgi birikimi ve aşağıda gösterilen üç temel sorundan doğmaktadır. (“Sanal”, 12.Şubat.2009)

- Planlama anında mantıklı bir karara varmanın zorlukları,
- Karar anında maruz kalınan psikolojik baskılar,
- Yerinde bir karara varırken, kararı etkileyen faktörler üzerinde karar verenin kontrol eksikliği.

Sağlık Planlamasına İlişkin Sonuç Ve Öneriler :

“Sağlık planlaması, politik ve ekonomik yapısı ne olursa olsun her ülke için önemli bir koşuldur. Planlamayı sağlayabilmek için, sağlıkla ilgili her düzeyde bilgiyi koordine edebilecek bir ekibe gereksinim vardır. Sağlık programlaması için uygun bir bilgilendirme sistemine gereksinim vardır. Üst planlama komitesi, bağlı bulundukları bakanlık tarafından sınırlandırılmamalı, diğer bakanlıklar, kuruluşlar ve sektörlerle iletişim olanakları sağlanmalıdır. Planlama basit olabileceği gibi karmaşık bir yapıda da olabilir. Önemli olan, basitliğine ve karmaşıklığına bakılmaksızın sistemin diğer disiplinlerle bilgi alışverişine girmesidir.

Planlamada, önemli olan etkenlerden biri de araştırmadır. Sağlık planlaması konusundaki konferanslar sık sık tekrarlanmalı, ülkeler arasında bilgi alışverişine olanak sağlanmalıdır. Problemlerin ve sorunların ülkeden ülkeye farklılık göstermesine karşın, çözümlerde bir standartlaşmaya gidilmeli böylece sorunların çözümü kolaylaştırılmalıdır. Sağlık personelinin karşılaştığı terimler standartlaştırılmalı, kullanıcı bunlardan haberdar edilmelidir. Değişik ülkelerden sağlık planlaması ve değerlendirilmesi üzerine enformasyon (bilgi) toplanmalı ve bunların hepsinin bir merkezde değerlendirilerek, bu bilgilerin kullanılabilir bir biçime dönüştürülmesi gereklidir.

Ülkeler, sağlık planlamacıların eğitimi için malzeme toplamalı, birleştirmeli ve bunları kullanıma sunmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ülkeler yararına normlar, tanımlar, standartlar, kalıp-süreçler belirleyerek bu koordinasyonu kısmen üstlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık planlaması ve değerlendirmesiyle ilgili araştırmaları sürdürmede, bu konu ile ilgili eğitimde bir anahtar görevi görür.” (“Sanal”, 12.Şubat.2009)

2.1.3.3 Kaynakların Etkin Kullanılamaması

Dünyada özellikle son 30 yılda yaşanan değişiklikler, sayesinde sağlık hizmetlerinde de yeni gelişmeler ortaya çıkmıştır. Bu da sağlık hizmetlerinin yeniden incelenmesini gerektirmektedir. Yüksek teknoloji ürünlerinin sağlık hizmetlerine yer almasıyla birlikte, hizmetlerin sınırlarında, kalitesinde ve buna bağlı olarak hizmeti alan kişilerin beklentilerinde önemli artışlar olmuştur. Tüp bebek uygulamaları, genetik çalışmalar vb. buna örnek olarak verilebilir. İnsanlar yaşlandıkça bazı kronik rahatsızlıklar meydana gelmekte ve bu rahatsızlıklar için uygulanan tedavilerin maliyetleri de artmaktadır. Bu durum, ülkelerin sağlık sistemlerini yeniden gözden geçirmeye ve hizmetleri daha ucuz maliyetle uygulamanın yollarını aramaya mecbur bırakmıştır. (Sur, t.y.:1)

Sağlık hizmetlerinde, hizmet zinciri içinde en çok kaynak hastanelerde tüketilmektedir. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı bütçesinde harcamaların yaklaşık olarak % 40'ı hastane hizmetlerine ayrılmaktadır. Hastane giderlerini etkileyen iki temel faktör vardır. Bunlar, yatan hastalara ayrılan kaynaklar ve ileri laboratuvar tetkikleridir. Bu sebeple, gelişmiş ülkelerde yatarak tedavi sürelerinin minimuma indirilmesine, ayaktan tedavi kliniklerinin başarılı olmasına ve sayılarının arttırılmasına, gereksiz laboratuvar tetkikleri yapımının önlenmesine büyük çaba gösterilmektedir.

“ Kaynak denince akla insan gücü, zaman, bina, arsa, malzeme, teçhizat vb. gibi değerler gelmektedir. Hastanenin oturacağı arsanın verimsiz kullanılmasından tutun, gereksiz bina yapımının, gereksiz alet ve malzeme yatırımının, gereksiz yatak kapasitesi artırımının beklenilenden daha büyük mali kayıplarla sonuçlanabileceğine dikkat edilmelidir. Her hastanenin hizmet verdiği coğrafi bölge, yörenin kültürel ve sosyo-ekonomik durumu, eğitim düzeyi, nüfusun yaş gruplarına dağılımı, yörenin morbidite ve mortalite hızları ve dağılımı gibi temel kriterler o yörede toplum tarafından “hissedilen ihtiyaç”ı ve meslek erbabının ortaya koyduğu “normatif ihtiyaç”ı belirleyeceği için; bir yörede nasıl bir hastane açılmalı ve içinde nelerin yer alması gerektiği (servis, laboratuvar, poliklinik) vb. sorulara net cevaplar verebilecek kadar bölgenin ihtiyacı incelenmiş olmalıdır.” (Sur, t.y.:1-2)

İnsan gücü açısından bakıldığında:

“ Hastanelerin büyüklüğüne, yatak kapasitelerine ve sahip olduğu servislere göre devlet, hastaneye hekim, hemşire ve diğer sağlık görevlileri, idari görevliler vb. atamalarını yapmaktadır. Ülkemizde hastane bazında bir hekim verimliliği araştırması yapılmış değildir; ama sağlık ocağı bazında yapılan hekim verimliliği çalışmalarının sonuçları hekimlerin gerçek verimliliğinin % 50 daha azı ile devlet görevinde çalıştıkları yönündedir. Hemşirelerle ilgili verimsizlikler ise daha çok yönetimden kaynaklanıyor denilebilir.” (Sur, t.y.: 1-3)

Hastanelerdeki insan gücü israfını özellikle başhekimlik ve başhekim yardımcılığı gibi idari kadrolarda yoğun olarak görülmektedir. Bunun nedeni de en üst düzeydeki insanların eğitimlerini aldıkları işleri yapamadıkları için beklenen verim alınamamakta, buna ilaveten hiç anlamadıkları işlerde karar almaya mecbur oldukları için hastanelerde verimsiz bir yönetim sergilenmektedir.

Teçhizat açısından bakıldığında:

En büyük kaynak israfının yaşandığı noktalardan biri de, hastanelerin tıbbi donanımında kullanılan teçhizatın gerçekten çok pahalı olmasıdır. Buna ek olarak birçok cihaz ülkemizde yapılamadığı için dışarıdan getirilmektedir. Böylece milli servetin yurt dışına çıkışı kaçınılmazdır. Ayrıca, hastanelerde kullanılacak olan cihazların taramasının önceden yapılması gerekmektedir. Mesela; bu cihaza ihtiyaç nedir, civar hastanelerden birinde o cihaz varsa buradan yararlanılabilir mi, bu cihazın bakımı ne şekilde yapılacak, kimler bunu kullanacak, bu konuda bir hizmet içi eğitime ihtiyaç var mı vb. gibi sorulara net olarak cevap bulunmalıdır. Diğer bir durumda, bu pahalı cihazların bozulduğunda bunun sorumluluğunu kimin alacağı ve bu cihazın yapılmasının uzun süre alabileceği düşünülürse hastanelerde birçok sıkıntılar söz konusu olabilmektedir. Mesela; birçok randevulu hastanın randevularının yeniden düzenlenmesi ve bunların ilgililere iletilmesi gibi.

Malzeme açısından bakıldığında:

Resmi hastanelerimizde malzemelerin servislere girişi ve kullanılışı yeterince sağlıklı olarak dokümanter edilememektedir. Malzeme açısından kaynak israfını önleyebilmek için düzenli bir envanter yöntemi söz konusu olmalıdır. Bunun

için önce, hastanenin her servisinde hangi kalemden ne kadar malzemeye ihtiyaç vardır, depoda ne kadar kalmıştır, bir sonraki satın alım ne zaman yapılmalıdır, hangi malzemeden ne kadar sipariş verilmelidir vb. gibi soruların kesin olarak cevaplanması gerekmektedir. Resmi hastaneler envanter yöntemi kullanılmamaktadır. Ne malzemelerin stoklanması, ne de satın alımların planlanması bu esaslara göre yapılmamaktadır. Çünkü ödenek ne zaman gelirse işlemler o zaman yapabilmektedir, ancak ödenek hangi kalemden gelirse ancak o cinse giren malzemelerden satın alım yapabilirsiniz.

Zaman açısından bakıldığında:

Bir yakınımız veya kendimiz resmi bir hastaneye gittiğimizde, yapacağımız işlemler kolay olsa bile uzun bir süre kuyrukta beklediğimiz anlar olabilmektedir. Bunun sonucunda ortaya çıkan verimsizlikten çalışanları sorumlu tutmak değil, daha çok yönetimden kaynaklanan bir sorundur. “Mesela; laboratuvarın saat on birden sonra kan almaması, EKG cihazının kağıtlarının satın alınmasında gecikmeler olması, eczanede o gün mesela, adrenalinin kalmaması vb. unsurlar yaşanan sorunlara örnek teşkil edebilmektedir. Sonuçta, ekibin elemanları, hastalar, hasta yakınları, zaman kaybına uğramaktadır. Zamanın verimli kullanılması da diğer kaynaklarda olduğu gibi, ancak profesyonel yönetimin üstesinden gelebileceği çetin bir sorun olarak karşımızda durmaktadır.” (Sur, t.y.:1-3)

Bina açısından bakıldığında:

“Bina konusu gündeme gelince, doğal olarak mimari işin içine girmektedir. Gelişmiş ülkelerde hastane mimarisi başlı başına bir uzmanlık alanı haline gelmiştir. Ülkemizde hastane mimarisi henüz gelişmiş değildir. Bunun sonucu olarak hastane binaları birer verimsizlik abideleri gibi karşımıza çıkar. Bu sorun, özel sektör hastanelerinin de çözümsüz bıraktığı en önemli sorunlardan biridir. Binanın güzelliği, iç açıcılığı, geniş ve ferah olması vb. özellikleri yanında verilecek hizmete yetecek kadar alan ve hacim işgal etmesi ve hizmet sunmaya elverişli yani kullanışlı olması gerekmektedir. Gereksiz alan ve hacim yaratmak yalnızca binanın yapılırken pahalıya mal olmasıyla sonuçlanmaz, bunun yanında ısıtma, havalandırma, aydınlatma, temizleme, bakım ve onarım vb. maliyetlerinin sürekli olarak gereğinden

yüksekte kalmasıyla sonuçlanır. Bu da kaynak israfını beraberinde getirmektedir.” (Sur, t.y.:1-3)

Yatak açısından bakıldığında:

“ Gelişmiş ülkelerde verimlilik standardı olarak hastane yataklarının % 85 ve daha yukarı düzeylerde dolu olması kabul edilmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ortalama doluluk oranı % 65 civarındadır. Hastaneleri diğer sağlık hizmetlerine göre pahalı yapan unsur, yatak etkenidir. Bir kurum yataklı ise o kurumun hizmetlerinin maliyeti çok artar, çünkü işin içine, mutfak, banyo, çamaşırhane, yatak, çarşaf, battaniye vb. giderleri de girer. Bunun yanında; boş tuttuğumuz bir yatak bile birçok kaynağın kullanılmaması anlamına gelir. Bir de gereksiz yere uzun süre hastanede yatırdığımız hastalar konusu vardır ve bu konu tıbbi bilgilerin tazelenerek, uygulamanın standartlaştırılmasını gerektirmektedir. Aynı zamanda bu durum hastaların da istemediği bir durumdur.” (Sur, t.y.:1-3)

2.1.3.4 Malzeme Yönetiminde Yaşanan Dengesizlikler

Sağlık hizmetlerinde Lojistik ya da Malzeme Yönetimi denilince, ilaçlar ve ekipman gibi, sağlık hizmeti sunabilmek için gereken maddi kaynakların seçilmesi, tedarik edilmesi (satın alma) , dağıtımı ve kullanımı söz konusudur. İyi bir malzeme yönetimi, eldeki kısıtlı kaynakların optimum kullanımını ve meydana gelebilecek olumsuz sonuçların en aza indirilmesine olanak sağlar. Malzeme Yönetimi iyi yapılmadığı zaman ise sonuç, ya fazla stoklama, ya da az stoklamadır. (Eren, t.y.: 1)

Sağlık hizmetlerinde malzemeler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

İlaçlar	tablet, kapsül, solüsyon, merhem, enjektabl şeklinde;
Tıbbi malzeme	bandaj, hidrofıl pamuk, iğneler, şırıngalar, sütür malzemesi, vb;
Tıbbi olmayan malzeme	yakıt, çarşaf, örtüler, çamaşırlar, kırtasiye, vb;
Ekipman	Masalar, yataklar, buzdolapları, jeneratörler, taşıtlar gibi yıllarca kullanılabilen taşınabilir parçalar;
Tesisat	Binalar gibi yıllarca kullanılabilen taşınmaz parçalar anlaşılır.

Malzeme yönetimi için üç tip örgütsel yapı vardır: (Akyel, 1996: 2-15)

Merkezi	Tüm aktiviteler merkezi tedarik biriminden yönetilir.
Bölgesel	Ayrı bir lojistik ünitesi, lojistik aktivitelerini koordine eder, ancak bu aktivitelerin gerçekleşme sorumluluğu merkezde kalır.
Desantralize	Aktiviteler programlar (ör: Genişletilmiş Bağışıklama Programı, İlaçlar, Sıtma) ve sağlık hizmeti seviyeleri arasında bölüştürülmüştür.

Malzeme Yönetiminin, (1) malzemenin seçimi, (2) malzemenin tedariki, (3) malzemenin dağıtımı ve (4) malzemenin kullanımı olmak üzere dört adımı vardır. (Eren, t.y.: 1)

Malzemenin Seçimi;

İşletme yönetiminde yapılan planlar ve verilen kararlar, gelecekte talep edilecek ürün veya hizmet miktarının bilinmesine ve önceden belirlenmiş sabit bir kapasiteyle bu talebin karşılanmasını sağlamaktır.

Üretim işletmelerinde en önemli veri taleptir. Gelecekteki talebin doğru bilinmesi kapasite ihtiyacının da düzgün bir şekilde belirlenmesi için gereklidir. Eğer öngörülen kapasite, talep azlığı nedeniyle boş kalırsa, birim maliyet artar. Diğer yandan, öngörülen kapasite, talep fazlalığı nedeniyle yetersiz kalırsa, müşteri memnuniyetsizliği meydana gelir ki bu da ekstra maliyet demektir. (Eren, t.y.: 1)

Bir hizmete olan talebin tahmininde şu bilgiler elde edilmelidir: (Eren, t.y.: 1)

- Tahmini talep edilecek değişik tipte servis sayısı,
- Her değişik tip servis için tahmini müşteri sayısı,
- Her değişik tip servis için tahmini hizmet veriş süresi,
- Her değişik tip servisin verilmesinde kullanılacak tahmini malzeme / ürün sayısı.

Talep tahmin metodunun seçiminde bazı faktörler göz önünde bulundurulmalıdır:

- **Zaman:** Talep tahminlerinde zaman önemli bir kavramdır. Talep tahminleri, kısa, orta ve uzun vadeli tahminler olarak gruplara ayrılmaktadır. Zaman aralığı büyüdükçe, belirsizlik düzeyi artmaktadır. Bu da talep tahmininde yapılacak hata payını da arttırır.

- **Girdi özellikleri:** Geçmiş verilerin düzenli ve güvenilir bir şekilde tutulması bize geçmişteki verilere bakarak daha doğru tahminde bulunulmasını sağlar. Ayrıca; tutulan bu verilerden hangilerinin tahminde kullanılacağına karar verilmesi; geçmiş verilerde herhangi bir eğilim, mevsimsellik, düzensiz oynamalar veya tekrarlamalar olup olmadığına dikkat edilmesi gerekir. (Eren, t.y.: 1-2)

Malzemenin Tedariki (Satın Alma);

Satın alma, ihtiyaç duyulan malzeme, cihaz ve hizmetlerin satın alınması ve/veya kiralanması ile ilgili işlerdir. Satın alma hizmetleri, hastanedeki eskimiş ya da kullanılmayan malzeme ve cihazların elden çıkarılması hizmetlerini de kapsar. (Eren, t.y.: 2-4)

Malzeme, genellikle

- merkezi otorite
- yerel alım
- bağışlar
- yerel üretim gibi kaynaklardan elde edilir.

Malzemenin satın alınması ve dağıtımı aşağıdaki şekillerde olabilir: (Eren, t.y.: 2-4)

- **Merkezi:** Merkez, hastaneler ve özel programlar dahil tüm sağlık kurumlarına tedariki sağlar. Bu sistemin avantajı, toptan alım yoluyla maliyette azalma ve alınan malın standardizasyonudur.

- **Büyük Üniteler:** Tedarikini merkezi depodan sağlayan bölge hastaneleri gibi büyük üniteler, daha sonra malzemeyi kendi inisiyatiflerine göre sağlık birimlerine dağıtırlar. Bu durumda hastaneler, aslan payını alırlar.

- **Her Birim:** Sağlık hizmetinin ana birimleri, kendi malzemelerini almakla sorumlu olabilirler. Bu sistemin avantajı, ihtiyaçlara daha hızlı cevap verebilmektir, ancak kaynaklar diğer seçeneklere göre daha fazla harcanabilir.

Satın alma hizmetlerinin merkezi olmasının şu faydaları vardır: (Eren,t.y.: 2-4)

1. Satın alınan malzeme ve cihazlarda standartlaşma sağlanabilmektedir.
2. Satın alınan miktar fazla olduğundan ihale yapmak ve böylece fiyat kırdırmak mümkün olabilmektedir.
3. Satın alma işlemleri tek merkezden yürütüldüğü için zaman ve emekten tasarruf sağlanabilmektedir.
4. Diğer hastanelerle ortak satın almalar yapılabilir.

Malzemenin Dağıtımı;

“Her organizasyonda, faaliyetlerin aksamadan kesintisiz olarak sürdürülebilmesi için çeşitli stoklar tutulur. Bu yöntemlerden biri de Envanter Yöntemidir. Sağlık hizmeti veren kurumlar olarak hastanelerde kağıt, kalem gibi sarf malzemelerinin yanında yiyecek, ilaç, aşı, ameliyat aletleri, kan, yedek parça stokları vb. gibi çok geniş bir yelpazede malzeme stoklanması gerekmektedir. Bu malzemenin parasal değeri yanında, stokla ilgili taşıma ve takip giderlerinin, stoklama için özel yatırımların ve bunların işletme giderlerinin eklenmesi halinde envanterin ne kadar önemli bir yatırım olduğu görülür. Ortalama bir hastane, ilaçlardan üç aylık envanter ile diğer tıbbi - cerrahi malzeme ve diğer kalemlerden iki aylık envanter tutabilir.”(Eren, t.y.: 3-4)

Malzemenin Kullanımı;

“ Birçok ülkede, temel ilaç listesinde olduğu gibi, devlet hastanelerinde ve temel sağlık hizmetleri programlarında kullanılan malzeme ve ekipmanın çeşitliliğini ve kapsamını rasyonalize etmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Röntgen filmleri, dikiş

malzemeleri ve iğneler, bir kerelik ve yeniden kullanılabilir mallar, hastanenin genel cerrahi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde standardize edilecek malzemenin tipik örnekleridir. Diğer konular arasında enstrümanlar, ekipman, ilaçlar ve diğer tüketim malzemelerinin kalite güvencesi sayılabilir. Kalite güvencesi, hammadde ile başlayan ve üretimin tüm aşamalarında ilerleyen devamlı bir süreçtir.” (Eren, t.y.: 3-4)

Diğer tüm işletme kurumlarında olduğu gibi hastanelerde de kullanılacak olan malzemeleri yukarıda belirtilen dört aşamada içinde kullanılmaktadır. Burada önemli olan ilk başta talep tahminini iyi yapmaktır.Yapılan talebe göre istenilen malzeme tedarik edilir ve bunun dağıtım ve kullanımı da gerekli görülen ihtiyaçlara göre yapılır.

2.1.3.5. Hizmet Sunumu İle İlgili Yaşanan Sorunlar

Ülkemizde sağlık hizmet sunumu alanındaki en önemli sorun stratejidir. Uzun yıllardan bu yana Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetleri sunumuna odaklanmıştır. Bu strateji ve uygulama neticesinde koruyucu hizmetlerin sunulduğu sağlık ocakları sağlık hizmetleri sunumunda pasif kalmış ve etkin hizmet sunamamıştır. (T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, 2004 : 9 – 10)

“ Sağlık ocaklarının verimsiz çalışması, birinci basamak hizmetlerin sunumunda teknik donanımların yetersizliği vb. gibi nedenlerle hastanelerde fazla oranda yığılmalar meydana gelmekte ve bu nedenle sunulan hizmetlerin etkinliği ve verimliliği düşmektedir. Mesela; hastanelerin pek çoğunda malzeme ve ekipman eksikliği olması nedeniyle bazı tıbbi işlemler yapılamamakta ve bu nedenle de hastalar tedavi olanaklarından faydalanmak üzere büyük kentlerdeki (Ankara, İstanbul, İzmir) eğitim hastanelerine yönelmektedir. Ayrıca, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında ki ilişkilerin birbirinden kopuk olması da bu sağlık kuruluşlarının vermiş olduğu hizmetlerin niteliğini düşürmektedir.

Çevre sağlığına gereken önem verilmemesi koruyucu sağlık hizmetlerinin başarısını olumsuz biçimde etkilemiştir. Çevre sağlığı hizmetlerinin Belediye, Çevre ve Sağlık Bakanlığı arasında görev ve yetki dağılımının çakışması hizmetlerin

yürütülmesinde sorunlara neden olmaktadır. ” (T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, 2004: 9 – 10)

2.1.3.6. Hasta Memnuniyetinde Yaşanan Sorunlar

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler, bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir (Carr-Hill, 1992: 236-249). Donebedian (1992); Hasta memnuniyetini "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlamıştır. Greeneich (1993) 'te Risser'in tanımına benzer şekilde hasta memnuniyetini "hastanın beklentileri ve aldığı bakımın uyumu" olarak tanımlamıştır.

Genellikle müşteri kavramı, farklı anlamlarda kullanılmaktadır. “Müşteri, bir işletmenin ürettiği mal/hizmeti satın alan kişidir” denildiğinde, kişi ancak mal ve hizmeti satın alması durumunda müşteri konumuna gelmektedir (Çerçi, 2003:72). Bir diğer tanımda, müşteri, sunulan hizmetler ya da ürünlerden dolayı örgütün amaçlarına ulaşma becerisini etkileyen kişidir, denilmektedir (Demir, 1998:13).

Sağlık kuruluşlarının müşterileri de hastalardır. Günümüzde sağlık hizmetleri üretim sürecine katılan tüm birey ve kurumlar, müşteri olarak kabul edilmektedir. Toplam Kalite Yönetimi anlayışında yer aldığı gibi, sağlık kurumlarının müşterileri iki grupta toplanabilir. Bunlar, iç müşteriler ve dış müşterilerdir. İç müşteri, sağlık kurumunda çalışan veya kuruluş ile organik bağı olan kişi ve gruplardır. Dış müşteri ise, sağlık kuruluşunun temel hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlardır.

Sağlık kurumlarının faaliyetlerini sürdürmeleri büyük ölçüde bu müşterilerin memnuniyet düzeylerini artırma çalışmalarına bağlıdır.

Sağlık kurumlarının müşterisi olan hastalar, hizmet alırken beş aşamadan geçerler. Bunlar; (Mucuk, 2001:77):

- i. İhtiyacın Hissedilmesi
- ii. Bilgi Toplama Aşaması
- iii. Seçeneklerin Değerlendirilmesi
- iv. Satın Alma Kararı
- v. Satın Alma Sonrası Davranışlar

- **İhtiyacın Hissedilmesi:** İhtiyaç, bireyin hissettiği yoksunluk ve bunun yarattığı gerginliktir (Tek, 1999:213). Sağlık hizmetlerinde ihtiyaç, kişinin kendisini hasta hissetmesi, kaza ya da daha farklı şekilde sağlığını bozucu bir etkileşime girmesi ile ortaya çıkar (Engiz, 1997:61). Örneğin; kişinin zaman zaman şiddetli baş ağrısı çekmesi, kendisini yorgun hissetmesi veya tansiyonunun olması, kişi de rahatsızlık yaratan durumlardır. Kişiler bu rahatsızlıklarını hissetmeleri sonucunda hemen bir hekime başvurup tedavi olurlar.

- **Bilgi Toplama Aşaması:** Sağlık sorununun ortaya çıkmasıyla, hasta veya hasta yakınları, problemin en kısa sürede ve maddi olanaklar dahilinde çözümleyebilmek amacıyla meydana gelen sorun hakkında bilgi toplamaya başlarlar.

Toplanacak bilginin niteliği ve miktarı, hastalığın türüne, hasta ve hasta yakınlarının o hastalıkla ilgili deneyimlerine, verilecek kararın önemine ve durumun acil oluşuna bağlıdır (Karafakıoğlu, 1998:83). Şüphesiz tüm sağlık ile ilgili sorunlar, değişik nitelikler taşımaktadır. Mesela; hastalıkların birbiriyle karşılaştırılması durumunda, kimisi hayati risk taşıırken, kimisi basit bir müdahale veya birkaç günlük tedavi gerektirmektedir. Eğer sorun bir bademcik ameliyatı, baş ağrısı veya diş çekimi ise, fazla bilgi toplamaya gerek yoktur. Ancak söz konusu olan, bir beyin tümörü ameliyatı, her türlü kanser veya organ nakli olduğunda, hasta ve hasta yakınlarının, bilgi toplama konusunda daha dikkatli davranmaları gerekmektedir.

- **Seçeneklerin Karşılaştırılması:** Hastaların tedavi durumlarıyla ilgili bilgiler toplandıktan sonra, elde edilen bu bilgiler farklı açılardan değerlendirilerek, aralarından en uygun olan seçenek belirlenip seçilir. Özellikle bu

aşamada, hasta ve hasta yakınlarının psikolojileri, ruhsal durumları alacakları sağlık hizmetleri ile ilgili kararlarını etkiler.

Seçenekler arasında karar verirken, kişiler kendilerini tatmin eden veya etmeyen alternatifleri göz önüne alırlar ve bu seçenekler arasından sadece olumlu yönleri en çok olan seçenekler tercih edilmektedir.

• **Satın Alma Kararı:** Bilgi toplanıp seçenekler değerlendirildikten sonra, hasta ve hasta yakınlarının nasıl karar verdiklerine dair çeşitli görüşler yer alır. Mac Stravic'e göre karar üzerinde etkili olan faktörler beş grupta toplanır (Karafakıoğlu, 1998:87):

- 1- Objektif faktörler
- 2- Sübjektif faktörler
- 3- Hastanın kişisel tecrübesi
- 4- Çevreden gelen tavsiyeler
- 5- Teşhis ve tedavi sonuçları

Hasta, bu faktörler ile referans gruplarından gelen bilgi ve etkileri birleştirip kararını verir. Ancak bu aşamada hastalar, dışarıdan gelebilecek her türlü durumdan etkilenebilmektedir. Bu nedenle onların doğru kararlar verebilmeleri için onların etkilenmeden karar vermelerine olanak sağlamak gerekmektedir. Bunun yanında hastaların karar almalarını etkileyen diğer bir etken de doktorlardır. Bu noktada doktorlar büyük bir rol oynamaktadır.

• **Satın Alma Sonrası Davranışlar:** Hastanın aldığı hizmetten memnun kalıp, kalmadığı bu aşamada ortaya çıkar. Kişinin beklentileri karşılanmışsa tatmin olacak, eğer karşılanmamışsa, tatmin olmayacaktır. Burada hastaların beklentileri birbirinden farklı olduğu için hepsinin tatmin düzeyleri de farklı olacaktır. Hastaların beklentileri gerçekleşse bile gene de bir takım sorunlar ve seçenekler akıllarını karıştırabilmektedir. Burada da doktorlara, hemşirelere ve diğer personele vb. tüm hastane çalışanlarına görev düşmektedir. Bu olumsuz düşünceler giderilmediği takdirde hasta belki o hastaneye tekrar gitmek istemeyebilir veya etrafındakileri etkileyebilir. Burada önemli olan elden geldiğince hastaların

memnuniyet düzeylerini yüksek tutmaktır.

Sağlık kuruluşları, hastaların duygu ve düşüncelerini öğrenmek için, onlara birer şikayet ve öneri formu veya anket formu verilip doldurmaları istenir. Bu formlar ile hastalar, aldıkları hizmeti her açıdan değerlendirirler. Bu sistemin hasta açısından iki önemli yönü vardır. Hasta hem fikir ve düşüncelerini yönetime iletme olanağına kavuşur, hem de kendisinin ve fikirlerinin önemsendiği düşüncesi ile kuruluşa karşı olumlu bir bakış geliştirir. Böylece yönetim de hasta memnuniyetini ölçme durumunu elde etmiş olacaktır.

2.1.3.6.1. Hasta Memnuniyeti

Sağlık işletmelerinin temel çıktılarından biri, hasta tatminidir. Hasta tatmini, genel olarak hastaların (müşterilerin) beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesidir (Kavuncubaşı, 2000:292). Tanımdan da anlaşılacağı gibi, hasta tatminini belirleyen iki faktör vardır. Birincisi, hastanın beklentileridir. Beklenti düzeyi ise, bireyin aradığı ve görmek istediği ortamla ilgili özelliklerin tümüdür. Bireyin bu beklenti düzeyine ulaşması onun tatmin olduğunun bir göstergesidir. İkinci faktör, hastaların (müşterilerin) aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır (Demir, 1998:15). Hastalar; kültür, değer yargıları ve sağlık kurumuyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre, hizmet sürecini farklı algırlar. Çünkü hastaneye ilk defa giden bir hastayla önceden bile bir hastanın hastalığa bakış açısı tabii ki farklı olacaktır. Ayrıca hastaların sahip oldukları hastalık hakkında bilgi sahibi olmamaları da, algılama performansını düşürür.

Aşağıdaki tabloda da görüldüğü gibi kalın çizginin üzerinde bulunan hastalar (algılama düzeyi>beklenti düzeyi), tatmin olan hastalardır. Çizginin altında kalanlar ise (algılama düzeyi<beklenti düzeyi), beklentileri tam karşılanmadığı için, tatmin edilmemiş hastalar olarak kabul edilecektir (Kavuncubaşı, 2000:293).

Tablo - 5: Hasta Tatmininin ölçülmesi

	Yüksek	TATMİN	
	Düşük	TATMİNSİZLİK	
		Düşük	Yüksek
Beklenti Düzeyi			

Kaynak : Şahin Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık kurumları Yönetimi

2.1.3.6.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi

“Hastaların tatmin düzeylerinin ölçümü, sağlık kuruluşlarında en uygun hizmet verebilmesi ve bu şekilde devam edebilmesi için önemli bir araçtır.

Sağlık hizmetlerinde hasta tatmini, tıbbi bakım kalitesini değerlendirmede kullanılan bir kriter olmasının yanı sıra, sektördeki modern pazarlama anlayışının da temelini oluşturur.” (Tatarlı, 2007: 52). Hastaların ikinci kez hastaneye gelmeleri veya çevredeki kişilere gittiği hastane ve gördüğü hizmet hakkında tavsiyede bulunarak onları etkileyebilir. Böylece ortaya hasta sadakati kavramı çıkmaktadır. Hastaların tatmin düzeyleri arttıkça sadakat oranları da artmaktadır. Yapılan araştırmalarda hasta sadakati ile hasta tatmini arasında yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Yanık, 2000:42).

Sağlık hizmetlerinde hasta tatmininin önemi aşağıdaki gibi sıralanabilir (Çerçi, 2003:84);

- Tatmin, sağlık hizmetlerinin temel çıktısıdır.
- Tatmin, sağlık hizmetlerinin yapısı, süreci, ve çıktısı hakkında yararlı bilgiler sağlar.
- Tatmin edilen ve edilmeyen hastalar farklı şekilde davranırlar.

2.1.3.6.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta tatmini, bireysel ve sosyal olarak, yaşam tarzı, geçmişteki tecrübeler, gelecekteki beklentiler ve değerleri içine alan karmaşık bir kavramdır.

Bu nedenle hastane yöneticileri, hastaların beklenti ve isteklerinin yüksek düzeyde gerçekleşebilmesi için, hasta tatminini etkileyen faktörleri belirlemeleri gerekir. Bu yüzden aşağıda belirtilen unsurların hasta tatminini önemli derecede etkilediğini ortaya koymaktadır (Yanık, 2000:55).

2.1.3.6.3.1. Hasta-Doktor İlişkisi

Hasta-doktor ilişkisi konusu, 1990'dan sonra uygulanmaya başlanan Toplam Kalite Yönetimi programlarında, hastaların hizmetlerle ilgili görüş ve değerlendirmelerinin ve hasta tatmininin dikkate alınmasıyla önem kazanmıştır. Sağlık hizmetinin sunumunda üstlendikleri rol nedeniyle, hasta-doktor ilişkisi, hasta tatminini etkileyen en önemli faktördür. Bu faktörün unsurları ise, seçenek, yeterlilik, iletişim, merhamet, devamlılık ve ilgi çatışması olarak sıralanabilir (Tatarlı, 2007: 54-55). Bunları kısaca açıklayacak olursak;

- **Seçenek:** İdeal hasta-doktor ilişkisinin önemli bir boyutudur.

Hastanın tedavi olacağı ortamı, hekimi seçebilmesi veya alternatif tedavi olanakları arasından seçim yapabilmesi gibi önemli kararlarla ilgilidir.

- **Yeterlilik:** Hastalar, doktorların yeterli uzmanlık bilgisine sahip, teknik becerilerinin gelişmiş, klinik karar becerilerinin iyi olmasını isterler.

- **İletişim:** Doktorların hastalarını dinlemesi, anlaması ve anladığını hissettirmesi anlamına gelir. Doktorun, gerek hastalığın, gerekse belirtilerinin, hastanın hayati değerleri ve ailesi üzerindeki etkilerini bilmesi gerekir.

- **Merhamet:** Hastalar, zor ve sıkıntılı zamanlarında, doktorlarının şefkatli ve merhametli olmalarını isterler.

- **Devamlılık:** Sık sık doktorun değişmesi, hastaların tatmin düzeyini düşürür. Çünkü hasta ile doktor arasında şefkate dayalı bir ilişki geliştiğinde, hasta, doktoruna bağlanmakta; doktorun değişmesi durumunda, böyle bir ilişkinin kurulması zaman almaktadır.

- **İlgi çatışması:** Doktorların sorumlulukları ne kadar ağır olursa olsun, hastasına ilgisini belli etmesi, arkadaşça davranması, kişisel çıkarlarını bir yana bırakıp, hasta ile empati kurması, tatmini belirgin olarak artırır.

2.1.3.6.3.2. Hasta–Hemşire İlişkisi

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, hemşirenin temel işlevi, hastaların yeniden sağlıklarına kavuşması için gerekli olan yardımı onlara sağlamaktır.

Hemşirenin hasta ile kurduğu iletişim, hastaya karşı güler yüzlü olması ve yeterli düzeyde sağlık bilgisine sahip olması ve bunu hastaya anlayabileceği seviyede verebilmesi ve hastaya karşı olan ilgisi verilen bakımın niteliğini de etkiler. Bu sayede hemşire davranışlarından memnun olan hastaların genelinin tatmin düzeylerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir.

Günümüzde hemşirelerden, iyi niyetli, sevecen, ilgili, şefkatli bir yaklaşım ile birlikte, planlı, amaçlı, hasta yararına bir tutum beklenmektedir. Hemşirelerin iletişimi kolaylaştıran teknikleri ve problem çözme yöntemlerini bilmesi, empati kurabilmesi, ilişkideki sonuçları değerlendirebilmesi gerekmektedir (Yanık, 2000:61). Hastalara yaptığımız anket çalışması sonucunda, hemşirelerin görevlerini yaparken tüm bu özelliklere sahip oldukları gözlenmektedir. Hastalara yönelik olan bu tür yaklaşımlar hastaların memnuniyet düzeylerini arttırmaktadır.

2.1.3.6.3.3. Hasta–Diğer Personel İlişkisi

Hasta tatminini etkileyen bir diğer faktör, doktor ve hemşireler dışında hastanenin farklı departmanlarında hizmet sunan diğer sağlık çalışanlarıdır. Hastalar, doktor ve hemşirelere göre bu grupla çok fazla etkileşimde bulunmazlar. Ancak diğer sağlık personelinin sunduğu hizmetler, hastaların sağlık durumları ve hizmetin etkililiği üzerinde oldukça belirleyicidir. Bu durum yaptığımız anket araştırmasında da hasta memnuniyetinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Anket sonuçlarına baktığımızda hizmetin herhangi bir bölümünde meydana gelebilecek bir aksaklık olursa, hastaların bu aksaklıkları algılamaları, diğer kararlarına da etki etmekte, hasta tatminini düşürmekte ve hastane imajını etkilemektedir.

2.1.3.6.3.4. Bilgilendirme

Hastaların ve hasta yakınlarının, sağlık durumları hakkında yeterli konuda bilgi sahibi olmaları ve bunu kabullenmeleri, doktor veya hemşire tarafından hastalıkları hakkında yeterli düzeyde bilgilendirilmelerine bağlıdır. Hastalar, özellikle hastalıklarının ne olduğunu, tedavi süreçleri ve iyileşme zamanını merak eder ve endişe duyarlar. Bu nedenle hastalık durumu ve tedavi sürecine ilişkin bilgilendirilmeyi isterler.

Tedavi hizmetleri konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmek, hastaların tedaviye uyum ve bağlılıklarını arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık personeli, hastalara istedikleri bilgiyi sade ve anlaşılır bir biçimde onlara vermelidir. . (Tatarlı, 2007: 56)

Bilgilendirme, ayrıca temel hasta haklarından da biridir. Ülkemizde ki hasta hakları yönetmeliğine göre, hastalar, sağlık durumları, kendilerine uygulanacak tıbbi işlemler, bunların faydaları ve muhtemel sakıncalarının yanında alternatif tedavi olanakları ve bunların sonuçları hakkında bilgi sahibi olma hakkına sahiptirler (Kavuncubaşı, 2000:300).

2.1.3.6.3.5. Beslenme Hizmetleri

Hastane hizmetleri içerisinde, hasta tatminini etkileyen önemli faktörlerden biri de beslenme hizmetleridir. Çünkü, hastane de kalan hastaların beslenme konularında da gerekli unsurlara dikkat etmektedir.

Hastalar, yemeğin sadece kalitesinden değil, yemeğin sunuluşundan, görüntüsünden ve yemeği sunan kişilerden de etkilenmektedir (Kavuncubaşı, 2000:301).

2.1.3.6.3.6. Fiziksel ve Çevre Koşulları

Hastane ve hasta odalarının fiziksel ve çevresel koşulları, hastaların önem verdikleri tatmin boyutlarından biridir. Bakımsız bir hastane, düzensiz ve yetersiz hasta odaları, rahatsızlık veren koşullar, şikayet nedeni olup, hastaların yeniden buraya gelmelerini olumsuz derecede etkilemektedir (Tatarlı, 2007: 57).

Fiziksel ve çevresel koşullardan hasta tatminini etkileyen önemli unsurlardan, biri de hasta odalarının ve polikliniklerinin temizliğıdir. Hastaların ortak şikayetleri arasında bakımsızlık ve yeterli temizliğın olmaması gelmektedir. Yapılan anket çalışması sonucunda da temizlik konusu büyük bir sorun teşkil etmektedir. Bunun için hastaneler temizlik konusunda yapılması gereken tüm işlemleri yapmakta ve hastalara gerek hasta odalarında, gerekse poliklinikte rahat etmelerini sağlamaktadır.

Hastalar, içinde bulundukları durumlar nedeniyle, ziyaretçileriyle her an istediğı gibi görüşebilmek isterler. Ancak hastaneler, enfeksiyonların önlenmesi, temizlik, gürültü ve özel hastalık durumları nedeniyle, daha kontrollü bir ziyaretçi politikası izlerler. Hasta tatmini açısından hastane yönetimi, dengeli bir ziyaretçi politikası izlemelidir (Yanık, 2000:73).

2.1.3.6.3.7.Bürokratik İşlemler

Hastaların sağlık hizmetini alırken karşılaştıkları her türlü işlemlerin sayısı ve bunların tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkiler. Hastalar, doğal olarak ihtiyaç duydukları hizmeti zaman kaybı yaşamadan almak isterler. Zamana ilişkin hasta tatminsizlikleri, teşhis aşamasında, hastaneye yatış sırasında ve tedavi sırasında olmak üzere üç şekilde ortaya çıkmaktadır (Kardeş, 1994:304). Tüm bu işlemler için beklemek hastalar açısından olumsuz bir etki yaratmaktadır. Bu durum özellikle ayakta fazla duramayan yaşlı hastalar için söz konusu olabilmektedir. Yaptığımız araştırmada da görüldüğü gibi bekleme süresi arttıkça, tatmin düzeyinin düştüğü tespit edilmiştir.

2.1.3.6.3.8. Güven

Hastalar, aldıkları hizmetin yeterli ve doğru olduğuna inanmak isterler. Hastane yönetimi, bunu, hastaların, hastaneye güven duymasıyla sağlayabilir. Eğer hastanın tatmin düzeyi büyük bir ölçüde sağlanabilirse, hastada güven duygusunun oluşması sağlanabilir.

Güven duygusunun yaratılmasının en önemli kriteri, hastanın mahremiyetine dikkat edilmesidir. Mahremiyet, hasta ile ilgili her türlü bilginin gizliliğinin korunmasıdır. (Kavuncubaşı, 2000:297). Ayrıca hastane birleşmesiyle

ilgili yapmış olduğumuz anket çalışmasının sonucuna baktığımızda da mahremiyet konusunda da hastanelerin gereken özeni gösterdiği görülmektedir.

2.1.3.6.3.9. Ücret

Sağlık sigortası ve ödeme gücü olmayan hastalar için ücret konusu, olumsuz bir etkidir. Hastalar, en az maliyetle en iyi kaliteli hizmeti almak istemektedirler. Yüksek hastane faturaları, hasta tatminsizliğini de olumsuz şekilde etkilemektedir.

2.1.3.6.4. Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi

Hastaneler de, diğer hizmet kuruluşları gibi, hizmetlerinin nasıl algılandığını ve hastaların ne derece memnun kaldığını öğrenmek, değerlendirmek ve elde edilen bilgiler doğrultusunda harekete geçmek zorundadır. Çünkü, özellikle son dönemlerde, sağlık sektöründe de son derece yoğun bir rekabet vardır (Kardeş, 1994:234).

Hasta tatmini ölçümlerinin üç şekilde yapılabileceği belirtilmektedir (Yanık, 2000:77-78):

1. Genel müşteri tatmininin ölçülmesi: Herhangi bir sağlık hizmetinin nasıl algılandığının, tüm boyutlarıyla ölçme işlemidir. Örneğin, bir ameliyat için hastaneye yatırılan hastalara, istedikleri beklentilerini sağlamak tatmin düzeyini artırır.

2. Önemli hizmet özelliklerini müşterilerin algılamasının ölçümü: Sağlık kuruluşunun önem verdiği ve üzerinde durduğu hizmet birimleri ile ilgili ölçümdür. Örneğin, hastalara yalnızca tıbbi bakım konusundaki değerlendirmelerinin sorulduğu araştırma, bu tip bir ölçüm şeklidir.

3. Hizmet süreçlerinde ana rol oynayan unsurların performanslarının ölçülmesi: Sağlık hizmetlerinde bazı hizmetler, hasta tatmini açısından önceliklidir.

Bu ölçme şeklinde, hastaların öncelik verdiği unsurların performansları, hasta tarafından değerlendirilir. Örneğin, hastaların sağlık kuruluşunun hizmet zamanlamasını değerlendirmek için, kuruluşun bir çok işlemlerinin birlikte ölçülmesi gerekmektedir.

2.1.3.6.5. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri

Hasta tatmini ile ilgili araştırmalar, kalitatif ve kantitatif araştırmalar olmak üzere ikiye ayrılır. İki yöntemin de kendilerine göre avantajları ve dezavantajları vardır. En iyi yöntemin hangisi olduğu, sağlık kuruluşunun stratejik amaçlarına bağlıdır (Kavuncubaşı, 2000:303).

Hasta tatmini ile ilgili araştırmalarda yöntemler içerisinde en çok yüz yüze anket, posta yolu ile anket, telefon görüşmeleri, yüz yüze görüşme ve odak grup görüşmeleri gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bunları kısaca inceleyelim; (Tatarlı, 2007:62-65)

2.1.3.6.5.1. Kalitatif Yöntemler

Hedef kitleyi tanımaya, anlamaya ve anlatmaya yönelik araştırmalardır. Amaç, sayısal sonuçlar elde etmek değil, incelenen konuyu daha derinden anlamak ve olaylara hedef kitlenin gözünden bakmaktır.

• Odak Grup Görüşmeleri:

Odak grup görüşmeleri, sağlık hizmeti almış hastaların deneyim ve önerilerinin öğrenilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bu yöntemde 3-12 kişilik hasta grubu, grup moderatörünün belirlediği tartışma başlıkları etrafında, ortalama yarım saat ile iki saat arasında görüş bildirirler (Kavuncubaşı, 2000:303).

Bu yöntemin avantajları (Yanık, 2000:81):

- Ayrıntılı hasta geribildirimi olanağı sağlar.
- Bakım hizmeti hastalarını düzeltme olanağı sağlar.
- Niteleyici analizler, sorunlu alanlarda yöneticilere yardımcı olur.
- Tartışma sürecinde, diğer sorunlarla yüzleşebilir.
- Kuruluşun, hastaların düşünceleri ile ilgilendiğini gösterir.

Odak yönteminin dezavantajları:

- Sınırlı geri besleme sağlar.
- Yalnızca aksaklıkları tanımlar.

- Tartışma sırasında, grup üyelerinden biri, önyargılı veya baskın olabilir.

Odak grup görüşmeleri, özellikle tatmin veya tatminsizliğin kesin neticesini belirleyebilmek için kullanılmaktadır. Görüşmelere, kimi zaman hasta ailelerinden farklı bireylerin de katılımı sağlanarak, hastane hizmetleri hakkında sahip oldukları görüş ve düşünceleri öğrenilmeye çalışılmalıdır.

- **Yönetimsel Gözlemler:**

Bu yöntemde, hastalar ile hizmeti sunanlar arasındaki ilişki gözlenir. Gözlemci, hastaları yakından gözlemleyip, hastaların ihtiyaç ve tatmin düzeylerini belirler.

Bu yöntemin en önemli avantajı, hastaya hissettirmeden ortaya çıkan sorunları belirleyerek, çözüm yolları bulunması ve bunların düzeltilmesine olanak sağlanmasıdır. Bu gözlemler minimum maliyet gerektirir. Daha sonra gözlemcinin sahip olduğu elindeki verileri iyi bir şekilde değerlendirmesi gerekir.

- **Kritik Olay Yöntemi:**

Bu yöntem, uygulayıcının, hastaya, belirli bir konu hakkında soru sorması ve sıkıntı duyduğunu düşündüğü konuları açıklamasını istemesidir. Bu sorular neticesinde hastaların ihtiyaçları bulunabilmektedir ve böylece sorunlar karşısında hazır durumda bulunmuş olabiliriz.

Kritik olay, hizmeti, negatif veya pozitif yönleriyle örneklendirmelidir.

Pozitif örnek; hastaların, hizmeti alırken, daima görmek istediği özelliktir. Örneğin, hastane çalışanlarının güler yüzlü olması, hasta odalarının ve polikliniklerin temiz olması gibi.

Negatif örnek; hastanın, hastane ile ilgili kafasında soru işaretleri oluşturan özelliklerdir. Örneğin, “tıbbi cihazlar veya hastanenin sahip olduğu donanımlar yeterli midir?” gibi.

İyi bir kritik olayın iki karakteristik özelliği vardır. Bunlar (Yamık, 2000:85);

- Özeldir.
- Hizmet sunanların davranışlarını tanımlar veya hizmeti, özel sıfatlarla açıklar.

2.1.3.6.5.2. Kantitatif Yöntemler

Önceden hazırlanmış bir soru formuna bağlı kalınarak, sayısal yorum ve genelleme yapılabilen araştırma türüdür. Yani, konu hakkında yoğun bir analiz değil aksine, daha yüzeysel, daha çok sayısal ve çoğunluk/azınlık temsiliyetleri saptanmaktadır.

- **Telefon Görüşmeleri:**

Sağlık hizmeti almış hastalara, telefonla ulaşarak, hizmetlerin değerlendirilmesinin istendiği hasta tatmini ölçme yöntemidir. Bu yöntem, sağlık kuruluşları tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000:303). Çünkü bu yöntemle kısa sürede bilgi toplanabilmekte ve diğer yöntemlere göre daha düşük maliyetli olmaktadır. Ayrıca kontrol, yüz yüze görüşmeye göre, daha kolay olmaktadır (Nakip, 2003:89).

Sağlık kuruluşları, sağladıkları bilgilerle aşağıdaki faydaları elde ederler (Yanık, 2000:89):

- Ayrıntılı hasta geri beslemesi sağlar.
- Hizmet hatalarını düzeltme olanağı elde eder.
- Hastanenin, hastaların düşünce ve görüşlerine önem verdiğini belli eder.

- **Posta Araştırmaları:**

Posta ile yapılan araştırma yönteminde, anket formları, posta ile yollanır ve doldurularak geri gönderilmesi istenir.

Burada bir diğer önemli noktada posta yolu ile anketi cevaplayan kişinin gerçekte düşündüğü gibi cevap vermeme olasılığı olabilir. Fakat posta araştırmalarının maliyeti yüz yüze ve telefonla yapılan anketlere göre daha düşüktür.

Bu yöntemde, % 70-80 arasında cevaplama oranı amaçlanır. Bunun gerçekleşebilmesi için, anket formunun aşağıdaki koşulları sağlaması gerekir (Yanık, 2000:86):

- Anket formu, hasta tarafından benimsenmeli
- Anket formu ile birlikte, geri dönüş adresi, pullar ve zarf olmalı
- Anket formu, iyi tanımlanmış ve uygun uzunlukta olmalı
- Anket formu ve zarf, hastanın adına yazılmış olmalı
- Anket formu, hastaların, hastaneden taburcu olmalarını izleyen 4-7. günde postalanmalı.

- **Yüz Yüze Anket:**

Hasta tatmininin ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem, yüz yüze anket çalışmasıdır. Hasta tatmininin ölçümü için tasarlanacak bir anket formu, üç temel alandaki kriterleri ortaya çıkaracak biçimde düzenlenmelidir (Yanık, 2000:88):

- Sağlık kuruluşunun fiziki, teknolojik ve insan gücü alt yapısı
- Sağlık kuruluşunda üretilen hizmetlerin, üretim ve sunuluş süreçleri
- Sağlık hizmetlerinin sağladığı fayda ve maliyetler.

Bu yöntemde en kritik nokta, anket formundaki soruların açık, anlaşılır ve doğru hazırlanması ve doğru bir biçimde uygulanmasıdır.

2.2. Birleşmelerin Sinerjik Etkileri

Numune ve SSK hastanelerinin birleşmesiyle birçok üstün güç sağlanmış oldu. Bunlardan birkaçını şu şekilde değerlendirebiliriz.

2.2.1. Personel Planlaması Alanında Ortaya Çıkan Sinerjik Etki

Planlama, genel ve basit bir ifadeyle, belirli bir gelecekte nereye ulaşılacak istendiğinin ve oraya nasıl ulaşılacağına önceden belirlenmesidir. Planlama ile neyin, niçin, nasıl, ne zaman, nerede, kim tarafından hangi kaynak ve maliyetlerle yapılacağı kararlaştırılır (Mucuk, 2003; 80).

Personel planlaması ise, örgütün arz ve talep yönünden gelecekte ihtiyaç duyacağı personelin sistematik olarak tahmin edilmesidir (Werther and Davis, 1996; 155).

Personel planlaması esas olarak, örgütün gelecekte ihtiyaç duyacağı sayı ve nitelikteki insan kaynaklarını, bunları hangi yollardan sağlayacağını tahmin etme ve işletmenin insan kaynakları arz ve talebini dengede tutma faaliyetlerini içermektedir (Jiang and Susskind, 1997; 174)

“ Personel planlaması, organizasyonun stratejik hedeflerine bağlı olarak yapıldığında, stratejik planın da bir parçası haline gelir. Özellikle çok nitelikli personelin yetiştirilmesinin uzun zaman aldığı göz önünde bulundurulursa, personel planlaması ile kariyer planlamasının birlikte ele alınması gerektiği ortaya çıkar” (Maturana, Shen and Norrie, 1999; 2159).

Personel planlamasında, gereksinim duyulan personelin sayı ve nitelikleri belirlenirken; personel sağlama sürecinde, personel ihtiyacını karşılamak için kurumda çalışmaya istekli aday personel havuzu oluşturulmaktadır (Kavuncubaşı, 2000; 225). Gereksinme duyulan personelin bulunmasında hangi kaynaklardan yararlanılacağı izlenen personel politikasınca belirlenir (Limbrick, vd., 2002; 52). Personel sağlamada sağlık kurumları ve diğer kurumlar iç kaynaklardan yararlanabileceği gibi dış kaynaklardan yararlanma yoluna da gidebilir (Taştan, 2001; 28). Ama önemli olan açık olduğu zaman ilk olarak iç kaynaklara başvurmak her işletme için avantaj sağlar. Çünkü, iç kaynaklar, kurumda çalışmaya devam eden personeli ifade etmektedir. Ayrıca, kurumda halen çalışan personel verilecek her türlü işi bilmektedir ve verilen her işi rahatlıkla yapabilmektedir.

Personel planlaması, iç ve dış çevresel analizle başlayan, iş gören arz ve talebinin değerlendirilmesi ile devam eden, personelin seçimi ve değerlendirmesi ile son bulan bir süreçtir. Çevresel analiz yapılarak işletmenin karşılaşılabileceği sorunlar, tehditler ve fırsatlar tanımlanır (Demir ve Güzel; 2003, 66). İş gören arz ve talebi değerlendirilirken işletmenin gelecekte meydana gelebilecek iş gören açığının veya fazlasının olup olmayacağı saptanır.

“ İşletmelerde meydana gelebilecek işgücü açık veya fazlalığını öngörülme de kullanılabilecek bir uygulama örneği tablo 6'da gösterilmektedir. Ayrıca, tablo 6'da işletmelerde işgücü açığı veya fazlasının giderilmesi yönündeki olası eylemler ve bu eylemlerin gerçekleşme süresi ile etkileyeceği iş gören miktarı ve ileriki dönemlerde değişme olanağı da gösterilmiştir. Bu uygulama örneğine göre, mevcut durumdan olası işten ayrılmalar çıkarılıp, olası terfi miktarı eklendiğinde elde edilen sonuç, beklenen işletme içi arz miktarını vermektedir. Bu da iş gören fazlası olduğunu göstermektedir. Mevcut durumdan olası işten ayrılmalar çıkarılıp, yeni iş gören gereksinimi ve büyüme gereksinimi eklendiğinde beklenen talep miktarı elde edilecektir. Bu da işletmede yeteri miktarda iş gören olmaması durumunda iş gören açığı olacağını göstermektedir.” (Demir ve Güzel; 2003, 67)

Tablo - 6: İş gören Fazlasının ve Açığının Önlenmesi

İş gören fazlasının önlenmesi		
Eylem	Gerçekleşme süresi	Etkilenen işgören miktarı
İşletmeyi küçültmek	Hızlı	Yüksek
Ücret Azaltmak	Hızlı	Yüksek
Kademe indirmek	Hızlı	Yüksek
Transfer etmek	Hızlı	Orta
İş paylaşmak	Hızlı	Orta
İş gören alımını durdurmak	Yavaş	Düşük
Erken emeklilik sunmak	Yavaş	Düşük
İş gören açığının önlenmesi		
Eylem	Gerçekleşme süresi	Gelecekte değişme olanağı
Fazla mesai	Hızlı	Yüksek
Geçici iş gören	Hızlı	Yüksek
Dış Kaynaktan Yararlanma	Hızlı	Yüksek
İş gören devrini azaltmak	Yavaş	Orta
Yeni dış kaynaklı işe alım	Yavaş	Düşük
Teknolojik yenilik	Yavaş	Düşük

Kaynak: Raymond A. Noe, John R. Hollenbeck, Barry Gerhart and Patrick M. Wright Fundamentals of Human Resource Management, (USA; McGraw-Hill, 2004: 139)

Personel seçme; personel sağlama süreci sonucunda yaratılan aday personel havuzu içinden iş gereklerine en çok uyan aday(lar)ın belirlenmesidir. Burada en önemli karar kriteri, işin gerekleriyle, adayların nitelikleri arasında uyum derecesidir (Kavuncubaşı, 2000; 226).

Değerlendirme sürecinde en önemli nokta, işletmenin iş gören gereksiniminin tam olarak karşılanıp karşılanmadığıdır. Elde edilen veriler ile planlamanın hangi aşamasında sorun yaşandığı kolaylıkla saptanabilir ve sonra rahat bir şekilde önlemler alınabilir. Bu noktada nitel ve nicel amaçlar, önemli rol oynamaktadır (İlhan, 2006: 20-21)

Hastane birleşmesi gerçekleşmeden önce personel açısından hastanelerde sıkıntı yaşanmaktaydı ve bu durum birleşmeden sonra daha da arttı. Çünkü birleşme sayesinde çoğalan hasta sayısına bağlı olarak poliklinik sayısı artı. Bundan dolayı da personel ihtiyacı artmış oldu.

2.2.2. İlaç ve Diğer Giderlerin Durumunda Ortaya Çıkan Sinerjik Etki

Numune hastanesinin ve SSK hastanesinin birleşmesi sonucunda hastanede yoğunlukların artmasıyla birlikte birçok problemler ortaya çıkmıştır. Türkiye’de ve Dünya’da ilaç ve diğer giderlerin durumunu incelerken önemli olan husus ilaçların tasarrufu ve kullanılan ilaçların israfı konulu başlıklardır. Bunları kısaca aşağıdaki başlıklar halinde inceleyelim:

2.2.2.1. İlaç ve Diğer Giderlerin Tasarrufu

“Tıpta teşhis ve tedavi yöntemlerinde tedavi edici ilaçları da kapsayan gelişmeler; mortalitenin azalmasında, ortalama hayat süresinin uzamasında ve belli başlı bazı hastalıkların kökünün kazınmasında büyük ölçüde yardımcı olmuştur. En önemli başarılar; çocuk hastalıkları da dahil kuduz, tifo, difteri, kolera gibi bir çok viral ve mikrobik hastalıklar aşılama ve antibiyotiklerin kullanılması sonucu elde edilmiştir. 1970’ lerin ortalarında genetik mühendisliği ve monokloral antikor teknolojisinin bulunması biyoteknoloji endüstrisinin doğmasına neden olmuştur. Bunun sonucu, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser tedavisinde önemli gelişmeler elde edilmiştir. Ancak, buna karşılık günümüzde hala yeterli ölçüde AIDS gibi tedavi edilemeyen çok sayıda hastalık mevcuttur.” (Kurtulmuş, 1998: 208-209).

Günümüzde kullanılan ilaçların kullanımına yaklaşık yüzyıl önce geçilmiş, 60 yıl öncede sulfonamidler ve hemen ardından diğer antibiyotiklerin bulunması ile ilaç sektöründe modern gelişmeler sağlanmıştır. Kullanılan ilaçların hemen hemen % 90 'ı son 50 yılda keşfedilmiş ve piyasaya sürülmüştür.

“Ülkemizde, cumhuriyet öncesi dönemde eczanelerde ilaç yapımına başlanmış, daha sonra ihtiyacın artması ile ilk laboratuvar ve fabrikalar kurulmuştur. 1928 yılında çıkarılan 1262 sayılı kanunla ilaç ithal ve üretiminde devlet kontrolü kurulmuş, yerli üreticilere ithal edilen ilaçlarla rekabet imkanları sağlandığı için ilaç endüstrisi gelişmeye başlamıştır. II. Dünya savaşından sonra, nüfus artışı ve şehirleşme ile birlikte ilaca talebin artması ilaç endüstrisinin hızla gelişmesine sebep olmuştur.” (İlaç ve Kimya İşverenleri Sendikası, Faaliyet Raporu, 1995 :9)

Türkiye'de, 2005 yılında eşdeğer ilaç kullanımıyla 615 milyon dolar tasarruf sağlandı. Eşdeğer ilaç kullanımıyla sağlanan tasarrufun 2003 yılında 345 milyon, 2004 yılında ise 416 milyon dolar olduğunu belirtilmektedir. (Tokgöz, 2006:1)

Türkiye'de 2005 yılında eşdeğer ilaç tüketiminin, tutar olarak yüzde 38, kutu bazında ise yüzde 56 düzeyindedir. ABD'de eşdeğer ilaç kullanımının kutu bazında yüzde 55-60 düzeyinde eşdeğer ilaç kullanım oranının, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde yüzde 60-75, İngiltere, Almanya, Danimarka ve Hollanda yüzde 40-55, Portekiz ve Fransa'da ise yüzde 10-15 arasında seyrettiğini bildirmektedir. (Tokgöz, 2006:1)

“Ülkemizde eşdeğer ilaç kullanımının ve üretiminin teşvik edilmesiyle, kamu maliyesi ve hastalar için tasarruf sağlanmasının yanı sıra ilaç endüstrimizin uluslararası rekabet gücünün artması, Türkiye'nin birçok gelişmiş pazara daha çok ürün ihraç eder konuma gelmesini sağlamıştır. Eşdeğer ilaç kullanımının artırılması için, resmi otoritenin düzenlemeleri, hekimlerin reçeteleme kararları, eczacıların bu konudaki tutumları ve hastaların eşdeğer ilaç konusunda bilgilendirilmeleri büyük önem taşımaktadır. Pek çok ülkede, eşdeğer ürünlerin ruhsatlandırma sürecinin hızlandırılması, eşdeğer ilaçlarda hasta katkı payının düşük tutulması, hekim ve eczacılara eşdeğer ilaçları tercih etmeleri için teşvik verilmesi ve kamuoyuna yönelik bilgilendirme kampanyaları düzenlenmesi gibi yöntemler uygulanıyor. İlaç

endüstrimizin yapısına ve ülkemizin koşullarına uygun benzer teşvik modelleri ülkemizde de başarıya ulaşacaktır.” (“Sanal”,12.Şubat.2009)

2.2.2.2. Rasyonel İlaç Kullanımı ve Türkiye’de Meydana Gelen İlaç Harcamaları (İlaç İsrafı)

Son yıllarda sayıları giderek artan ilaçların hem toplam harcamaları arttırdığı, hem de çok sayıda ilaç arasından en uygun olanının seçimini zorlaştırdığı görülmektedir. Bunun yanında artan ilaç kullanımının istenmeyen yan etkileri de gündemdedir.

Bunun için, ilaçta optimum kullanım fikrinden hareket eden yeni yaklaşımlar, maliyet, etkinlik analizlerinde “Rasyonel İlaç Kullanımı” gibi yeni bir kavramı ortaya çıkarmıştır.

İlacın rasyonel kullanabilmesi için; (Kurtulmuş, 1998 : 222)

- Hekimin hastanın bünyesine en uygun ilacı yazması,
- İlacın gerektiği zaman piyasada bulunabilmesi,
- İlacın halkın satın alabileceği makul bir fiyattan satılması,
- İlacın gerektiği dozda, gerekli ara ve gerekli süre ile alınması,
- İlacın hastalığın tedavisinde etkili olması şarttır.

“Rasyonel ilaç kullanımı, bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması ve tedavi edilmesi için doğru ilacın, gereken anda, gerektiği miktarda ve uygun fiyatla kullanılmasıdır. Rasyonel ilaç kullanımı toplumların kendi özelliklerine uygun, etkili ve güvenli ilaçların seçimi, yeterli miktarda üretilmesi, dağıtımı ve satışı, doğru amaçla ve uygun şekilde kullanılması, bu konuda sağlık personeli ve toplumun eğitilmesi, sonuçların işlenerek değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gibi çok geniş bir perspektifi içeren bir kavramdır.” (Türkiye İlaç İşverenleri Sendikası,1986: 5).

Aşırı ilaç tüketimi ise insan sağlığına zarar vermenin yanında maliyet açısından da bizleri sıkıntıya sokmaktadır. Bu da gelişmekte olan ülkemizde kaynak israfına neden olabilmektedir. Ülkemizde SSK ve Emekli Sandığı gibi kamu sağlık

sigortaları kapsamında çok düşük bir katılım payı ile ilaçların verilmesi, çoğu zaman gereksiz ilaç yazımlarını arttırmakta ve bu da evlerde fazla miktarda kullanılmayan ilaç olmasını sağlamakla beraber her yıl milyonlarca dolar sokağa atılmaktadır. (Kurtulmuş, 1998: 222).

Türkiye 'de tüketilen ilacın değeri 1980 yılında \$ 426 milyon iken, 1993 yılında, yaklaşık 4 katı artarak \$ 1.718 milyara yükselmiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993:57)

“OECD ülkeleri içinde sağlığa en az payı ayıran ülke konumunda olan Türkiye, ilaca ayırdığı büyük payla bu alanda rekora koşuyor. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinde sağlık harcamalarının yüzde 10-20'si ilaç harcaması iken, Türkiye'de bu oran yüzde 33.5'e ulaştı. Yapılan Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması'na göre, kişi başı sağlık harcaması 194 dolar olan Türkiye'de ilaç harcaması 65 doları buldu. Söz konusu araştırmada toplam ilaç harcamasının, toplam sağlık harcaması içindeki payının yüzde 33.5'e ulaştığı belirlendi. Eczaneler üzerinden yapılan ilaç harcamaları yüzde 33.5 olan toplam ilaç harcamalarının yüzde 24,8'ini, hastanelerdeki ilaç harcamaları ise yüzde 8.7'sini oluşturuyor. Türkiye ile OECD karşılaştırıldığında ilaç israfı açıkça gözler önüne geriliyor. Türkiye'de ilaç kullanım oranları incelendiğinde antibiyotik grubunun yüzde 19.8 ile birinci sırada yer aldığı görülüyor. Antibiyotikleri yüzde 14.4 ile ağrı kesiciler, yüzde 8.9 ile de romatizma ilaçları izliyor.” (Türkiye’de Gereksiz İlaç Kullanımı, 12.Şubat.2009).

Sağlık Bakanlığı'nca yapılan bir araştırmada antibiyotiklerin en fazla reçete edilen ilaç grubu olduğu belirlenmiştir. Dünyada ise tedavi gruplarına göre tüketimde kalp ve damar hastalıkları ilaçları yüzde 19.5 ile birinci sırada yer alıyor. Türkiye'de 1999'dan bu yana antibiyotiklerin pazar paylarının düşmesine rağmen romatizma, sinir sistemi, kalp ve damar hastalıkları gibi hastalıkların ilaçlarının payları ise artıyor. “ İlaçların ruhsatlandırılması, üretimi, satışı, araştırma geliştirme faaliyetleri, fikri mülkiyet haklarıyla ilgili yaşanan sorunların yanında artan ilaç harcamalarının devlet bütçesine ve sosyal güvenlik kurumlarına getirdiği yük, güncel sorunlar arasında ön plana çıkıyor. Öte yandan Hıfzıssıhha Mektebi tarafından araştırmada, ortalama reçete başı maliyet Bayburt'ta 23.78 dolar, Bolu'da ise 33 dolar, Karaman'da 34 dolar, Ankara'nın Çubuk ilçesinde ise 36 dolar olduğu tespit

edildi. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1985 Nairobi toplantısında akılcı ilaç kullanımını, "Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri" olarak tanımladı. İlaçların doğru ve uygun kullanılması için öncelikli olarak hastalığın tam teşhisinin yapılması gerektiğini düşünen Sağlık Bakanlığı, doktorlara, "Daha etkili, daha çabuk sonuç veren, yan etkisi az olan ve daha ucuz olan ilacı yazın" talimatı verdi. Diğer taraftan uzmanlar, tanı ve tedavi rehberlerinin referans olarak kullanılması, kullanımının doktorlar arasında yaygınlaşması ve konulan tanılara, rehberlere uygun olarak ilaçların reçete edilmeye başlanması ile toplam ilaç maliyetlerinde önemli düşüşler sağlanabileceğini, doktorların tanılara uygun olmayan ilaç yazma oranlarının düşeceğini savunuyor.” (Türkiye’de Gereksiz İlaç Kullanımı, 12.Şubat.2009)

Hükümetlerin ilaç kullanımında kontrolü sağlamanın en kolay yöntemi olarak reçetelendirme yöntemini kullanmaktadır. Reçetelendirme yöntemi doktor ve hasta alışkanlıklarına bağlıdır ve ülkelere göre değişmektedir. Örneğin, Fransa’ da vizite başına reçetelendirme oranı % 84 iken, İngiltere’de % 74, Hollanda ‘da ise sadece %56 ‘dır. Bu alışkanlıkların kısa sürede değiştirilmesinin kolay olmamasının nedeni ile reçetelendirmeye bir takım kısıtlamalar getirmek ilaç tüketimindeki israfı önlemenin en uygun yoludur. Bu konuda en zorlayıcı olanı Alman sistemidir. Geri ödenen reçetelendirilmiş ilaçların toplam miktarı yıllık olarak önce ulusal düzeyde daha sonra bölgesel düzeyde saptanmaktadır. Eğer bu miktar aşılmışsa bu farkı bölgesel tabip birlikleri ödemekle yükümlüdür. Ama bu fark daha fazla ise, bu ödemeye ilaç üreticileri de katılmaktadır. İngiltere’ de Ulusal Sağlık Servisi (NHS) aşırı ilaç yazan hekimlerden açıklama istemektedir. (Türk Eczacılar Birliği, 1995: 84)

“Hükümetler ilaçların fiyatlarını, aşırı ilaç tüketimini ve sağlık harcamalarındaki artışları kontrol etmek için piyasaya müdahale etmektedirler. Bu müdahaleler ülkeden ülkeye değişmekte ve fiyatlar veya karlar üzerinde doğrudan veya dolaylı kontroller, geri ödeme yapılan ilaç kategorileri ile sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri tarafından geri ödenen harcama oranlarına sınırlamalar getirmek gibi önlemler içermektedir.” (Kurtulmuş,1998: 224) . Bu konuda AB ülkeleri

Sağlık Bakanlıklarının benimsediği ortak strateji hükümetlere aşağıdaki üç farklı düzeyde piyasaya müdahale edebilecekleri araçları sunmaktadır. Bunlar: (Türk Eczacılar Birliği, 1995:79)

- Hasta düzeyinde, ilaç geri ödeme oranının (hükümet tarafından ödenen ilaç giderlerinin) kontrol edilmesi veya hastaların reçete ödemelerine katılım payının (co- payment) arttırılması,
- İlaç üreticileri, toptancılar ve eczaneler düzeyinde, dağıtım zincirini etkileyen ilaç fiyatlarının kontrolü,
- Hekimler düzeyinde ise, reçete zincirini etkileyen ilaç hacminin kontrolüdür.

“AB ülkeleri ilaç firmalarının promosyon masraflarını sınırlayarak hekimler üzerindeki baskıyı azaltmaya çalışmakta ve böylece reçetelendirilen ilaçların hacim olarak büyümelerini kısıtlamak istemektedirler. Bu çerçevede, İngiltere’de olduğu gibi promosyon masraflarında harcama miktarına sınır getirmek, Fransa’ da ki gibi promosyon masraflarını vergilendirmek, İngiltere ve İsveç’te uygulandığı gibi firmaların doktor başına yapacakları ziyaretleri sınırlandırmak gibi metotlar kullanılmaktadır.” (Kurtulmuş, 1998: 225 - 226).

Ayrıca, Türkiye’ nin 2010 yılında Dünya ilaç tüketiminde ilk 10 ‘a çıkması bekleniyor. Avrupa’ da yıllık kişi başı ilaç tüketimi 500 , ABD ‘de 900 , Türkiye ‘de ise 100 dolardır. Türkiye ‘deki en büyük 20 ilaç firmasının 15 ‘i yabancılara aittir. Bunun yanında Türkiye ‘de toplam ilaç harcamalarının genel sağlık harcamalarında bilinen oranı yüzde 25 civarındadır.

İlaç tüketimi hastane birleşmelerinden sonra artmıştır. Ama 2005 yılında eşdeğer ilaç kullanımı neticesinde Türkiye ekonomisine fazla bir zarar vermemiştir.

2.2.3. Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Birleşme Sonrasında Ortaya Çıkan Sinerjik Etki

Bir hizmet işletmesini diğer bir işletmeden farklı kılan en önemli faktörlerden birisi, yüksek kalitede hizmet üretmek ve bunu onlara sunmaktır. Böylece tüketiciler sunulan bu hizmetle kendi beklentilerini karşılaştırırlar ve

sonunda verilen hizmet beklenenden yüksekse tüketicilerin tatminlik düzeyi de artmaktadır.

Hizmet kalitesi ile ilgili olarak belli bir tanımın ve ölçümün yapılması oldukça güçtür. Hizmet işletmelerinde üretilen hizmetlerin kalitesi o hizmeti alan tüketiciler tarafından belirlenir. Burada önemli olan, hizmet kalitesinin tüketicilerin tarafından tanımlanmasıdır.

2.2.3.1. Hizmet Kalitesi Tanımı

Hizmet kalitesini tanımlayan ve bir kalite modeli kuran çalışmaların ortak özelliği disiplinler arası bir nitelik taşımasıdır. Hizmet kalitesinin tanımlanması; üretim yönetimi, ekonomi, işletme yönetimi vb. gibi konularda bilgi sahibi olmayı gerektirmektedir. Ayrıca, bu tanımlar hizmetin niteliğine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle tüm endüstrilere uygulanabilir bir kalite tanımı üzerinde görüş birliği sağlanamamıştır. (Canpolat, 2002:5)

“ Robinson, hizmet kalitesinin çeşitli yazarlarca, bir hizmetin üstünlüğü hakkındaki bir tavır veya global bir yargı olarak tanımlandığını ifade etmiştir.

Pride ve Ferrel hizmet kalitesini; bir hizmetin, müşterinin beklentilerini nasıl karşıladığının veya aştığının algılanması olarak tanımlamışlardır.

Wild’e göre hizmet kalitesi; müşteri ihtiyaçlarına uygunluğun derecesidir.” (Doğanay, 2008:76)

Daryl Wyckoff ise, müşterinin ihtiyaçlarını karşılamada düşünülen mükemmelliğin derecesi ve mükemmelliğe ulaşmada değişkenlerin kontrolü şeklinde hizmet kalitesini tanımlamıştır. (Seyran, 2004: 36)

Collier’in hizmet kalitesi tanımı; üstün müşteri hizmeti ve kalite düzeyi, müşteri beklentilerinin sürekli olarak karşılanmasını ifade etmektedir. Üstün hizmet verebilmesi ve istenilen kalite düzeylerine ulaşılabilmesi ise, belirlenen işletme içi ve işletme dışı performans standartlarına göre yönetim tarafından açıkça tanımlanmış hizmet paketinin müşterilere sürekli sunulması ile mümkündür. (Canpolat, 2002:57)

Hizmet kalitesi ile ilgili tanımları ele aldığımızda hizmet kalitesi ile ilgili bazı sonuçlara ulaşılmaktadır. Bu sonuçlar şu şekilde inceleyebiliriz: (Seyran, 2004: 11)

- Hizmet kalitesi, müşteri ihtiyaçlarının işletmelerce tam olarak belirlenerek karşılanması esasına dayalıdır.
- Hizmet kalitesi, hizmetlerin diğer hizmetlere göre üstünlüğü ile belirlenir.
- Hizmet kalitesi, hizmetlerin hatasız olarak yapılmasının bir sonucudur. Bu nedenle ilk seferde doğru yapılması hizmetlerde daha büyük bir öneme sahiptir.
- Hizmet kalitesinin yüksek oluşu ile hem müşteri, hem çalışanlar, hem de işyeri sahipleri kazançlı çıkar.

2.2.3.2. Algılanan Hizmet Kalitesi

Hizmet kalitesi konusunda birçok tanım bulunmakla birlikte, genel olarak “algılanan hizmet kalitesi” kavramının, hizmet kalitesi kavramına daha yakın olduğu görülmektedir. Algılanan hizmet kalitesi kavramı 1980’li yıllardan itibaren hizmet kalitesini tanımlamada kullanılmaktadır. Lewis ve Booms, 1983 yılında yaptıkları tanımlamada hizmet kalitesini; “sunulan hizmetin seviyesinin müşteri beklentilerine ne kadar iyi bir şekilde uyduğunun ölçüsü” şeklinde ifade etmişlerdir. Parasuman, Zeithaml ve Berry’e göre “algılanan hizmet kalitesi; müşterinin hizmet almadan önceki beklentileri (beklenen hizmet) ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini (algılanan hizmet) kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterinin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesidir.” (Seyran, 2004:38-39)

2.2.3.3. Hizmet Kalitesinin Özellikleri

Hizmet kalitesinin özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz: (Canpolat, 2002:59)

- Hizmet işletmelerinde kalite; kavranması, uygulanması ve denetimi açısından belirsiz ve karmaşık bir alandır.

- Hizmetler bir performans olduğu için, aynı kaliteyi sağlayan kesin üretim spesifikasyonlarının işletmeler tarafından oluşturulması zordur.
- Hizmet kalitesi önceden bir imalat ortamında oluşturulup daha sonra eksiksiz olarak müşteriye sunulamaz. Üretimi, sunumu ve tüketimi eş zamanlıdır.
- Birçok hizmet, kaliteli bir hizmet sunumunu garantilemek için, satıştan önce ölçülemez, stoklanamaz, test edilemez ve doğrulanamaz.
- Birçok hizmette kalite hizmetin ulaştırılması esnasında, genellikle de müşteri ve personelin etkileşimleri sırasında oluşur. Bu nedenle hizmet kalitesi büyük oranda personelin performansına bağlıdır. Performans ise personele göre, müşteriye göre ve günden güne değişiklik gösterebilir. Bu nedenle hizmet kalitesinde belli bir standardı yakalamak oldukça zordur.
- Hizmetler için kalite standartları oluşturmak mallardan daha zordur.
- Hizmetlerin, bir müşteriye ayrılan zaman veya müşterinin bekleme zamanı gibi bazı yönleri için kalite standartları oluşturulabilir. Ancak insanların davranışlarına, örneğin güler yüz, ilgi, cana yakınlık gibi özelliklerine standartlar getirmek zordur.

Hizmetin özellikleri nedeniyle hizmeti kullanan müşteriler için bir hizmetin nasıl yerine getirildiğine karar verilmesi ve kalitesinin ölçülmesi ya da sonuç ve hizmet süreci için bir ölçüt kullanılması zor olmaktadır.

2.2.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

“Müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması” ’na yönelik kalite tanımı büyük ölçüde kabul gören bir tanımlamadır. Ancak sağlık hizmetlerinde kalite açısından bakıldığında bu yaklaşımın, tıbbi bakımın bilimsel ve teknik yönünü göz ardı ettiği ileri sürülebilir. Çünkü hastaların ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere nazaran hemen hemen yok denecek kadar azdır. (Kavuncubaşı, 2000: 55)

2.2.3.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları

“Deming, sağlık hizmetlerinde kalite tanımının yapılmasının zor olduğunu belirtmiştir. Deming’e göre sağlık hizmetlerinin kalitesi tıbbi testler için kullanılan ekipmanlarla, doktor veya hemşirelerin eğitimleriyle ölçülmekte, hizmetin etkinliği ihmal edilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetinin kalitesi, altyapı ve çalışanların profesyonelliği açısından mükemmel olsa bile, hastalar verilen hizmetten memnun olmayabilmektedir.” (Dalbay, 2002: 1)

2.2.3.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belirleyicileri

“Omachonu kalitenin, bir bilimsel norm ve standartlara uygunluğunu gösteren, bir de müşteri istek ve beklentilerinin karşılanmasını esas alan iki yönü olduğunu belirtmiştir. Omachonu’nun bu sentezci yaklaşımına göre kalitenin teknik ve sanatsal olmak üzere iki belirleyicisi vardır. S.Taylor da bu yaklaşımdan hareketle sağlık hizmetleri kalitesini şu şekilde formüle etmiştir:”(Doğanay, 2008: 89-90)

Sağlık Hizmetleri Kalitesi = Teknik Kalite + Tedavi Sanatı

2.2.3.4.2.1. Teknik Kalite

Kalitenin teknik yönü, teşhis ve tedavi hizmetlerinin gerekli kural ve kaidelere uygun olmasını içermektedir. Verilen bu sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmede üç öge yaklaşımı olarak da bilinen Donebedian tarafından geliştirilen “yapı, süreç, sonuç” yaklaşımıdır. Bunları kısaca açıklayacak olursak; (Kavuncubaşı, 2000:272)

- **Yapı (Structure):** Hizmet sunan sağlık kurumunun genel özelliklerini içermektedir. Sağlık kurumunun maddi kaynakları, insan kaynakları, kurumun örgütsel yapısı gibi değişkenler yapı ögesi içerisinde yer alır.
- **Süreç (Process):** Hizmet üretimi ve sunumu sırasında gerçekleştirilen faaliyetler üzerinde odaklaşan ögedir. Hastanın muayene edilmesi, hastalığa tanı konulması, uygun tedavi yönteminin geliştirilmesi ve uygulanması gibi faaliyetleri içermektedir.

- **Sonuç (Outcome):** Verilen sağlık hizmetinin hastaların ve toplumun

sağlık statüsü üzerinde yaptığı etkileri ifade etmektedir.

Donebedian'ın üç öğeli bu yaklaşımına göre, iyi bir yapı iyi bir sürecin ortaya çıkmasını; iyi bir hizmet süreci de arzulanır sonuçların elde edilmesini sağlamaktadır.

2.2.3.4.2.2. Tedavi Sanatı

“Verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamaını içermektedir. Hizmet ortamının genel özellikleri ve hizmet sunanların müşterilere yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır.” (Kavuncubaşı, 2000:271) Kişiler arası ilişki burada önemli bir yer tutar. Kişiler arası ilişki aracılığıyla hasta, teşhise ve tedaviye yardımcı olacak bilgiyi uzmana iletir. Böylece, iyi bir hasta- hekim ilişkisi oluşur, bu da başarılı ve kaliteli bir tedavinin ilk adımını oluşturur. Kişiler arası ilişkiler dolayısıyla tedavi sanatı, teknik performansı önemli ölçüde etkiler. (Çatalca, 2003: 3)

2.2.3.4.3. Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Boyutları

Sağlık hizmetleri kalitesine altı boyutta bakılabilir. Bu boyutlar sağlık işletmeleri tarafından tam olarak sağlandığı takdirde verilen hizmetler her aşamada kaliteli bir düzeye ulaşmış olacaktır. Sağlık hizmetleri kalitesinin altı boyutu şu şekilde sıralanabilir; (Çatalca, 2003:19)

- **Ulaşılabilirlik Boyutu:** Hastaların ihtiyaç duydukları hizmeti kolay şekilde alıp almadıkları, sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine yayılıp yayılmadığı gibi hastaların sağlık hizmetlerine erişebilme durumları ile ilgili ayrıntıları içermektedir.

- **Güvenlik Boyutu:** Sağlık kurumunun yangın gibi felaketlere karşı gerekli önlemleri alması, herhangi bir kriz anında gerekli talimatların hazırlanmış olması gibi durumlar güvenlik boyutu kapsamında değerlendirilmektedir.

- **Uygunluk Boyutu:** Seçilen tedavi yönteminin hasta için doğru olup olmadığı, ileride başka sorunlara yol açıp açmayacağı ile ilgilidir. Doğru tanının konulması, hasta için uygun olan tedavi yönteminin seçilmesi ve ileride

ortaya çıkması muhtemel sonuçları ile ilgili hastanın bilinçlendirilmesi gibi yapılan tüm çalışmalar sağlık hizmetlerinin uygunluk kalitesi içerisinde yer almaktadır.

- **Teknik Kalite Boyutu:** Hizmetin ne kadar iyi sunulduğu, sunulan hizmeti daha iyi hale getirebilecek başka yolların olup olmadığı ile ilgili tüm çabalar sağlık hizmetlerinin teknik kalitesi ile ilgilidir.

- **Tıbbi Etkinlik Boyutu:** Hastalara verilen sağlık hizmeti sonucunda hastanın sağlık durumunda meydana gelen tüm gelişmeler ile ilgili sorulara verilen cevaplar, sağlık hizmetleri kalitesinin tıbbi etkinlik boyutunu oluşturur.

- **Hasta Tatmini Boyutu:** Hastaların hizmeti alım sürecinde ve sonrasındaki düşünceleri, hasta gözüyle hizmetin kalitesinin bir göstergesidir. Dolayısıyla hastanın geçirdiği süreç boyunca algıladığı kalite ve sonrasında yaşadığı tatmin düzeyi sağlık hizmetleri kalitesi açısından son derece önemli bir boyuttur.

2.2.3.4.4. Sağlık Hizmetleri Kalitesini Etkileyen Faktörler

Donebedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen yedi özelliğin olduğunu açıklamıştır. (Aydiner, 2003:4). Bunlar kısaca şu şekilde özetlenebilir:

- **Etkililik (Effectiveness):** Etkenliğin tersine etkililik hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir.

- **Verimlilik (Efficiency):** Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı pahalı olanına göre daha verimlidir. Sağlık hizmetleri açısından verimlilik, en düşük maliyetle belirli bir kalite düzeyinde sağlık hizmetinin sağlanmasıdır. Verimlilik, sağlık işletmelerinin karlılığını da olumlu yönde etkilemesi nedeniyle son derece önemlidir.

- **Optimal Olma (Optimality):** Kullanılan hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır.

- **Kabul Edilebilirlik (Acceptability):** Verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelmektedir. Bir hizmetin kabul edilebilir olması için; hastaların hizmetlere kolayca ulaşabilmesi ve kullanabilmesi, hizmet veren personelin hastalara karşı duyarlı olması, hasta istek ve beklentilerine yanıt vermesi,

hizmet ortamının rahatlatıcı ve güven verici olması, hizmetlerin etkili ve ucuz olması gerekmektedir.

- **Yasallık (Legitimacy):** Verilen hizmetlerin kurallara, yönetmeliklere ve kanunlara uyması olarak açıklanabilir.

- **Eşitlik (Equity):** Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanması gerektiğini ifade eder. Tüm bireylere adil biçimde hizmet sunulması, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir.

“ Kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için; sağlık hizmetlerinin hem teknik hem de tedavi sanatı kalitesinin arttırılmasına yönelik olarak, sağlık hizmetlerinin tüm özellikleri ve kalitesini etkileyen tüm faktörler dikkate alınarak sağlık hizmetleri kalitesinin tüm boyutlarını incelenecek şekilde bir kalite programının oluşturulması gerekmektedir. Başarılı bir kalite programı ise; mevcut kalite düzeyinin belirlenmesini, kalite düzeyinin sürekli iyileştirilmesini, tepe yönetimin desteğini, sorumlulukların paylaşımını, etkin bir işbölümünü ve hasta tatmininin yanı sıra iç müşteri memnuniyetini de içermelidir.” (Doğanay,2008:94). Hastaların mümkün olduğunca beklentilerinin gerçekleştirilmesi gerek doktorların ve gerekse diğer sağlık çalışanlarının en önemli sorumluluğudur. Bu durum herkes için yarar sağlamaktadır ve hem hastalar hem de sağlık çalışanları yüksek bir tatmin duygusuna ulaşmış olmaktadır.

2.2.3.5. Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Ölçümü

Kalite insan performansı ile ilişkili bir kavramdır. Verilen hizmetin kalitesinin kararını hastalar vermektedir. Burada önemli olan hastaların verilen hizmetten dolayı tatmin düzeylerinin yüksek olmasıdır. Bu yüzden hastaneler sürekli olarak değişmekte olan hasta tatminine odaklı bir sistem geliştirmek durumundadırlar.

Hastane yönetiminin amacı; hastanelerin verdiği bakım ve tedavi hizmetleriyle hastaların tatminlerini yüksek tutmak, her açıdan beklentilerini karşılamak, gelişmekte olan teşhis ve tedavi yöntemlerini hastalar için kullanmak ve onlara hastalıkları ile ilgili yeterli bilgiyi vermek ve güler yüzlü hizmet sunmaktır.

“ Sağlık sekt6r6nde seksenli yıllarda başlayan Toplam Kalite Y6netimi uygulamalarında, “ hasta tatmini” , sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin 6nemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin 6lç6m6 6nem kazanmıştır. Hastaların, hizmet kalitesine ilişkin algı ve değerlendirmelerinin yalnızca kendi tercihlerinde değil, çevrelerindeki kişilerin tercihlerinde de rol oynadığı, hastane seçiminde, arkadaş ve yakınlarının tavsiyelerinin giderek daha etkili olmaya başladığı araştırmalarda saptanmaktadır.

1913 yılında ABD’ de hasta bakım kalitesi ve g6venirliğinin izlenmesi ve denetlenmesi amacıyla standartlar geliştirilmeye başlanmıştır ve JCAHO (Sağlık Kurumları Birleşik Akreditasyon Komitesi) kurulmuştur. Bu kurumun amacı; hastane ve diğer hastane bakımı veren kuruluşlarda toplam hizmet standartları kalitesini oluşturmak, bunları izlemek ve hepsini denetlemek olarak tanımlanmıştır. Kurallar içerisinde; 6st y6netim liderliği, s6re odaklılık (Hasta odaklı s6reler ve destek s6releri), performans iyileştirme ve hasta bakımı (hasta hakları ve kurumsal etik, hastanın değerlendirilmesi, bakımı, eğitimi ve bakım s6rekli liği) gibi fakt6rlerin yanında bilgi y6netimi ve evre (atıklarının kontrol6, acil durum ve g6venlik uygulamaları) konusunda temel şartlar vardır.” (akırer, t.y.: 3-4)

Hastaların hastanelerin hizmet kalitesinden başlıca beklentilerini sıralayacak olursak:

- Hastane personelinin hastalara g6ler y6zly ve saygılı davranması
- Hastaların hastane personeline g6ven duyması
- Hasta ihtiyaçlarının ve beklentilerinin zamanında giderilmesi
- Hastanede tedavide kullanılan cihazların modern olması
- Verilen yemeklerin yeterli olması
- Fiziki mekanın (oda, banyo, tuvalet vb.) temiz olması
- Bekleme odalarında yeterli oturma yerlerinin olması

- Hasta odalarının aşırı kalabalık olmaması'dır. Bunların çoğunu hastalara yapılan anket araştırmasında da ortaya koyduk ve böylece hastaların beklenti ve isteklerinin neler olduğunu görmüş bulunmaktayız.

Kalite kriterlerine göre yapılan anket neticesinde ve Bakanlığın kalite kriterlerine göre, Numune hastanesi Konya içindeki hastaneler arasında birinci veya ikinci sırada yer almaktadır. Hastanenin fiziki yapısından dolayı kalite kriterleri içerisinde birkaç puan düşmüştür. Diğer kriter unsurlarından tam puan almıştır. Anket çalışması neticesinde toplam hizmet kalitesi artmıştır.

Hastane kalite kriterlerinin değişmesinin neticesinde hastaların memnuniyeti artmıştır. Anket çalışmalarıyla beraber bu sonuca varılmıştır.

2.2.4. Yönetimin Etkinliğinin Artmasında Ortaya Çıkan Sinerjik Etki

Etkinlik, bir işletmenin üretim faktörleri yada üretimin kendisi için önceden saptadığı programın gerçekleştirilme derecesini gösterir. Diğer bir deyişle, fiili (gerçekleşen) performans, önceden saptanan standart (olması gereken) performans ile karşılaştırıldığında gerçekleşen performansın standart performansa ne ölçüde yaklaşıp yaklaşmadığını gösterir. ("Sanal", 07.şubat.2009)

Sağlık kurumları, büyük yatırımlar gerektiren teknik donanımına sahip olmalarına karşın emek yoğun endüstriler olarak nitelendirilmektedir. Bu bağlamda bir hizmet işletmesi olan hastaneler, aynı zamanda diğer tüm işletmelerden farklı olarak bireyler için en önemli toplumsal hak olan yaşam hakkı ile ilgili hizmetleri en son teknoloji gelişmelerini kullanarak üretmek temel amacını hedefleyen örgütsel kurumlardır. Bu amaca yönelik olarak hastaneler, çok farklı mesleki ve etik değerlere sahip iş gören gruplarının aşırı işlevsel bağımlı olarak hizmet ürettikleri örgütsel kurumlardan birisi olarak tanımlanmaktadırlar.

Hastaneler, amaçlarına etkin olarak ulaşabilmeleri için eğitim ve deneyimleri birbirinden oldukça farklı iş gören gruplarının eş zamanlı faaliyetlerini örgütlemek ve yönetmek zorundadırlar. (Şahin, t.y.:1)

Hastanelerde hasta bakım kalitesini, fiziksel aletler ve ekipmanla birlikte çalışan personel belirlemektedir. Personel, bir hastanenin amaçlarını gerçekleştirmesinde önemli etkindir. Hastanenin etkinlik ve verimlilik düzeyi,

personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan doğruya ilişkilidir. Kuruluş dışında olumlu imaj oluşturabilmek, ancak çalışanlarla yaratılan olumlu imaj ile gerçekleştirilebilir.(Şahin, 2007:3)

2.3. Hastane Birleşmelerinin Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirilmesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı neticesinde hastanelerin birleşmesiyle hastane yöneticiliğinde çok sık yönetmelik ve genelgelerin değişmesini sağlamıştır. Bunlar içinde önemli olanları şu şekilde inceleyebiliriz.

2.3.1. Hastane Birleşmesi İle İlgili Yasal Düzenlemeler ve Sonuçları

Sosyal güvenlik sisteminin yeniden düzenlenmesi sürecinde bir takım yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmuş ve kanunlar çıkartılmıştır. Reform sürecinde oluşturulan söz konusu yasal düzenlemeler ise şunlardır: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 25 Şubat 2008)

Tablo - 7: Kanunlarla İlgili Yasal Düzenlemeler

KANUNLAR			
Mevzuatın Adı	Kanun	Resmi Gazete	
	No	Tarihi	Sayısı
Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	5510	16.06.2006	26200
Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu	5502	16.05.2006	
Bakanlar Kurulu Kararı	5125	31.12.2002	2002
Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun	3816	03.07.1992	
Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	3359	15.05.1987	19461
209 Sayılı Döner Sermaye Kanunu	209	09.01.1987	10702

Tablo - 8: Yönetmelikle İlgili Yasal Düzenlemeler

YÖNETMELİKLER		
Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	15.02.2008	26788
Özel Hastaneler Yönetmeliği	15.02.2008	26788
Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik	06.07.2005	25867
Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği	02.09.2003	25217
Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği	11.05.2000	24046
Hasta Hakları Yönetmeliği	01.08.1998	23420

Tablo - 9: Genelgelerle İlgili Yasal Düzenlemeler

GENELGELER			
Tıbbi Atık Depoları Hakkında Genelge	2007/100	28.11.2007	24639
Yeşil kart Tedavi Giderleri Hakkında Genelge	2007/99	28.11.2007	24641
Medula Hakkında Genelge	2007/95	26.10.2007	2007/95
Bilgi Sistemleri Hakkında Genelge	2006/108	16.10.2006	108
Ayaktan Hasta Maliyetleri Hakkında Genelge	2005/176	02.12.2005	176
Özel Hastaneler Hakkında Genelge		12.05.2003	9460-2003/49
Paket Fiyat Hakkında Genelge		22.09.2003	18074

Tablo - 10: Yönergelerle İlgili Yasal Düzenlemeler

YÖNERGELER		
Semt Poliklinikleri Yönerge Değişikliği	26.05.2005	1428
Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlarında Vardiyalı Çalışma Uygulamasına Dair Yönerge	20.12.2001	12250
Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi	30.10.2001	10311

Tablo - 11: Tüzüklerle İlgili Yasal Düzenlemeler

TÜZÜKLER		
Tıpta Uzmanlık Tüzüğü	19.06.2002	24790
Özel Hastaneler Tüzüğü	01.10.1983	17924

Tablo - 12: Tebliğlerle İlgili Yasal Düzenlemeler

TEBLİĞLER		
Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ	13.09.2005	25935
Bağ Kur Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Protokolü	04.09.2003	17121
Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) Protokolü	24.09.2003	

Hastane Birleşmeleri ile ilgili hazırlanan yasal düzenlemelerle birlikte mevcut sistemde bir takım değişiklikler yaşanmıştır. Yasal düzenlemelere bağlı olarak ortaya çıkan sonuçları şu şekilde ele alabiliriz. (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı , 2007 :1-10)

- Sistem tam anlamıyla tek bir bakanlığa (Sağlık Bakanlığı) bağlı bir devlet kurumu haline getirilmektedir.
- Sosyal sigortalarda haklarda kısıtlamalar, yükümlülüklerde artışlar yapılmıştır.
- Sağlık sigortasında koruyucu hekimliğin (aile hekimliği de dahil) yükü sigortalıların üzerine yüklenmektedir.
- Sağlık sigortasında özel sektörden hizmet satın alımının önü açılmaktadır.
- Sosyal yardım ve sosyal hizmet sisteminde gönüllü kuruluşlardan ve özel sektörden hizmet satın alma uygulamasına geçilmektedir.
- Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu mevcut hali ile bırakılmaktadır.
- Sistemin hazine üzerindeki yükünün ne pahasına olursa olsun azaltılması hedeflenmektedir
- Hizmet verenle, hizmet alan Bakanlıklar ayrılmaktadır.

2.3.2. Toplu Alımların Yapılması

“ Strateji Geliştirme tarafından 04.04.2007 tarih 2007/25 sayılı olarak yayınlanan genelge ile toplu alım izah edilmektedir. Toplu alımların yapılmasında uygulanması gereken unsurları dikkatle inceleyelim; (T.C. Sağlık Bakanlığı, t.y.: 1-3)

Mevzuat Dayanağı:

04/01/1961 tarihli ve 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanun”un 3 üncü maddesinde yer alan “...Döner sermayeli işletmelerin tıbbî cihaz, tıbbî sarf malzemesi, ilaç ve büro malzemeleri gibi merkezî olarak satın alınmasında fayda görülen mal alımları ile hizmet alımları, bedelleri her döner sermaye işletmesinin kendi bütçesinden karşılanmak kaydıyla toplu olarak yapılabilir. Bu durumda ita amirliği Sağlık Bakanlığınca belirlenir...” hükmü ile toplu alım yapma imkânı getirilmiştir.

Bilindiği üzere, 02/09/1961 tarihli ve 10896 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 Sayılı Kanun Gereğince İşletme, İdare Ve Muhasebe İşlerine Dair Yönetmelik”in 8 inci maddesinde; “Her kurumun idaresi, il sağlık müdürü veya müdür veyahut bir baştabibe tevdi olunur.” hükmü, 9 uncu maddesinde ise; “İl sağlık müdürü, kurum müdürü veya baştabip kurumu mevzuat dairesinde ve Sağlık Bakanlığı emir ve talimatına uygun olarak işletme menfaatlerini koruyacak şekilde idare eder.

İl sağlık müdürü, baştabip veya kurum müdürü (Rehabilitasyon, Hıfzıssıhha Enstitüsü, Huzurevi, Kreş ve Gündüz Bakımevi gibi kurumlarda) birinci derecede imza selahiyetini haiz en büyük ita amiridir. İl sağlık müdürü, kurum müdürü veya baştabip idari işlerden re’sen sorumludur....” hükmü yer almaktadır.

Mezkûr Kanun hükmü doğrultusunda;

Bakanlık Makamı’ndan alınan 21/03/2007 tarihli ve B.10.0.SGB.0.81.00.01/20–2985 sayılı Onay ile; İl bazında Bakanlığımıza bağlı tüm döner sermayeli işletmelerin veya birkaç işletmenin tıbbî cihaz, tıbbî sarf malzemesi,

ilaç ve büro malzemeleri gibi merkezî olarak satın alınmasında fayda görülen mal alımları ile hizmet alımlarının, ihtiyaç duyulması halinde bedelleri her döner sermaye işletmesinin kendi bütçesinden karşılanmak kaydıyla toplu olarak yapılabilmesi için 81 İl Sağlık Müdürüne, limite bağlı olmaksızın ihaleye çıkabilme, ihaleleri tasdik ve ihalelerle ilgili sözleşme yapma yetkisi verilmiştir.

İl Sağlık Müdürlerine verilen bu yetki mutlak bir yetki olmayıp, bu yetkinin ihtiyaç hâsıl olması halinde ve mezkûr kanun hükmünde zikredilen amaç doğrultusunda merkezi olarak satın alınmasında fayda görülen mal ve hizmet alımları için kullanılması gerekmektedir. Bu nedenle toplu alım kararlarının, İl Sağlık Müdürünün başkanlığında toplu alım yoluyla ihtiyaçlarının karşılanması düşünülen kurumların ihale yetkilileri ile yapılacak toplantı sonucunda alınmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir.

Toplu Alımın Amaçları:

Toplu alımların öncelikle; (T.C. Sağlık Bakanlığı, t.y.: 1-3)

- Satın alma işlemlerini gerçekleştirecek yeterli nitelik ve sayıda personeli olmayan,
- İl bazında belirli bir standart dâhilinde kullanılması veya sunulması gereken mal ve hizmet alımları,
- Her bir kurumun ihtiyacı doğrultusunda alım miktarı düşük olduğu için isteklilerin teklif vermediği veya gerekli rekabet ortamının sağlanamadığı, buna mukabil alım konusu ihtiyaçların birleştirilmesi halinde gerekli rekabetin sağlanacağı ve daha az maliyetlerle temin edilebileceği düşünülen ihtiyaçların giderilmesi.

Toplu Alımda Dikkat Edilmesi Gerekenler:

Diğer taraftan; (T.C. Sağlık Bakanlığı, t.y.: 1-3)

- 1) İhtiyaçların ve yaklaşık maliyetin gerçekçi bir şekilde tespit edilmesi,
- 2) Mal alımlarında teknik şartnamelerin ihtiyaçları karşılanan kurumlardan katılacak ve alım konusu işin uzmanı olan kişilerden oluşturulacak komisyonlar marifetiyle hazırlanması,

3) Hizmet alımlarının teknik şartnamelerinde ihtiyacı karşılanan her bir kurumun fiziki yapısı ve ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması,

4) Teknik şartnamelerin rekabeti engelleyici nitelikte hazırlanmaması,

5) İhalelerin mümkün olduğunca kısmi teklife açık olarak yapılması, kısmi teklife açık olarak yapılacak alımlarda bazı küçük kurumların ihtiyaçlarının giderilememesi durumu ortaya çıkabileceğinden bu kurumlarımızın ihtiyaçlarının birleştirilerek veya gruplandırılarak karşılanması,

6) Sözleşme sürecinde toplu alımla karşılanan ihtiyaçların zamanla artması veya azalması söz konusu olabileceğinden ihalelerin birim fiyat teklif alma suretiyle yapılması,

7) Teslim alma, muayene-kabul, hak edişlerin ödenmesi, garanti, bakım-onarım ve diğer tüm hususlara ihale dokümanlarında yer verilmesi ve bu konuda gerekli özen ve dikkatin gösterilmesi, toplu alımlarda hedeflenen amaca ulaşmada büyük önem arz etmektedir.”

Alım Süreci:

“ Mezkûr kanun hükmünde de açıkça zikredildiği üzere, toplu alımlarda alım konusu mal veya hizmet bedellerinin her döner sermaye işletmesinin kendi bütçesinden karşılanması gerekmektedir. Bu nedenle yükleniciler tarafından sözleşme ediminin yerine getirilmesi sonucunda yapılacak ödemelere ilişkin tahakkuk işlemlerinin, toplu alımla ihtiyacı karşılanan her bir döner sermaye işletmesinin gider tahakkuk memurlarınca (gerçekleştirme memurlarınca) yapılması, ödeme belgelerinin ise, her döner sermaye işletmesinin ita amiri (harcama yetkilisi) tarafından onaylanması gerekmektedir. Bakanlığımıza bağlı döner sermayeli işletmelerde gider tahakkuk memuru olarak kimlerin görevlendirileceği hususu, 27/05/2004 tarihli ve 2004/76 sıra nolu Genelgede belirtilmiştir.” (T.C. Sağlık Bakanlığı, t.y.: 1-3)

2.3.3.Finansman Açığının Giderilmesi Açısından Değerlendirilmesi

“ Türkiye’de sağlık sisteminde finans yetersizliği ortaya çıkarılmıştır. İki büyük sağlık hizmeti üreticisi kurumun; Sağlık Bakanlığı ve SSK’nın finans

kaynakları iyice kısıtlanarak bu iki kurum neredeyse hiçbir yatırım yapamaz ve ihtiyaca uygun personel istihdam edemez hale getirilerek hizmet alanlarda da memnuniyetsizlik yaratılmıştır. Böylelikle de kamusal sağlık hizmeti veren bu kuruluşlar bilinçli olarak çökertilmiştir. Yürütülen çökertme politikalarına paralel olarak da, sağlık hizmeti veren özel kuruluşların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için özel teşviklerde bulunulmuştur. Ayrıca kamu sağlık kuruluşlarının özel sağlık kuruluşlarından hizmet alımına yönltilmesiyle, özel sağlık kuruluşlarına hasta garantisi sağlanmıştır. Bunun sonucunda özel poliklinikler, özel hastaneler, özel görüntüleme merkezleri sayılarında büyük artışlar sağlanmıştır. Tüm bu uygulamalarla özel sağlık kuruluşlarına kamudan önemli miktarda kaynak aktarımı yoluna gidilmiştir.” (Genel Sağlık Sigortası, 2005: 9 – 11).

“ Türkiye’de sağlık finansmanı ile ilgili olarak genel düzeyde üç şeye gereksinim bulunuyor. Bunlar: (Genel Sağlık Sigortası, 2005: 9 – 15)

1. **Bütün nüfus, herkesin doğumundan ölüme kadar sağlık güvencesi kapsamına alınması :** Tüm nüfusun doğumdan ölüme dek sağlık güvencesi altında olması devlet açısından siyasi, toplum açısından ise vicdani bir sorumluluktur. Son çalışmalara göre ülkede kişi başına 200 dolara yaklaştığı söylenen sağlık harcaması ile şimdiki düzeyden daha iyi bir sağlık hizmeti sağlanabilir.

2. **Sağlık hizmetleri için yetersiz olan kaynakları arttırmaya yönelik ek kaynak yaratılması:** Finans sıkıntısının aşılmasının en kolay yolu olarak tüketim vergilerinin arttırılması görüldüğünden, sağlık hizmet ihtiyacı da tüketim içerisinde tanımlanarak vergilendirilmektedir.

“ Sağlık sisteminin finansmanı genel vergilerle karşılanmalıdır. Vergi sistemi, gelir vergisinin, direkt vergilerin öne çıktığı bir sistem üzerine oturtulmalıdır. Türkiye’de sağlık sektörünün içinde bulunduğu krizin en önemli nedeni devletin bu alandaki kamusal sorumluluklarını çeşitli gerekçelerle yerine getirmiyor oluşudur.” (Genel Sağlık Sigortası, 2005: 9 – 11)

Adil ve eşitlikçi bir anlayış doğrultusunda yaratılacak kaynakla, sağlık ocaklarının alt yapısı geliştirebilir, dağılımını düzenler, etkinliklerini arttırabilir. Bütün bunlar hizmetin verimliliğini arttırmanın yanında tüm toplum kesimlerinin

daha nitelikli, etki ve eşit olarak verilen hizmetleri almasını sağlar. Devletin asli görevine, kamusal sorumluluk alanına dönmesiyle, toplumun kaynaklarının, kamu eliyle, toplum yararına kullanılmasının olanağı yaratılmış olur.

3. **Entegre tarzda, tek elden planlama, yatırım ve hizmet sunumunu da yürüten kamusal anlayış içinde sağlık hizmeti sunulması:** Hizmet üretimi ile finansman sistemi kamusal güç elinde entegre edilmelidir. Entegrasyon, üretici kurumlar arasındaki kar amaçlı rekabeti ortadan kaldıran, işletme ve yönetim yapısını basitleştirerek yönetsel maliyetleri azaltan, hizmetin toplumsal gereksinimlere göre planlı tarzda üretilmesine olanak veren, çalışanların ve halkın katılımına açık demokratik bir anlayış içinde olmalıdır.” (Genel Sağlık Sigortası, 2005: 11-15)

2.3.4.Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü Açısından Değerlendirme (Hekim Seçme Hakkı)

Hekim seçme hakkı; hasta ve hasta yakınlarının, en temel hasta hakkı olan sağlık çalışanını seçmesi ve değiştirmesi, teşhis ve tedavilerinde katılımcı rol oynamaları şeklinde ifade etmek mümkündür.

Hekim seçme hakkı; ulusal ve uluslar arası metinlerde şu şekilde yer almaktadır:

“Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.” **(Lizbon Bildirgesi 1981),**

“Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelinin ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.” **(Amsterdam Bildirgesi 28–30 Mart 1994),**

“Hasta özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Hasta herhangi bir aşamada diğer bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir.” **(Bali Bildirgesi Eylül 1995),**

“Yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi prosedürleri (yöntemleri) ve tedaviyi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir. Hasta, hangi teşhis

ve tedavi yöntemin kullanılacağı ve doktor , uzman veya hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu tedaviyi uygulayacak çeşitli merkezler (sağlık kurumları) ve doktorlar ile alınan sonuçlar hakkında bilgi vererek bu hakkın kullanılabileceğini temin etmelidirler. Bu hakkın kullanımını kısıtlayan tüm engeller kaldırılmalıdır. Doktoruna güvenmeyen bir kişi başka bir doktor talep edebilir(seçebilir).” **(Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Dokümanı Roma, Kasım 2002),**

“Sağlık müesseselerinde tatbik olunan usul ve kaideler mahfuz olmak üzere, hasta; tabibini ve diş tabibini serbestçe seçer.” (**Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 5 inci Madde, 1960),**

“Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.” (**Hasta Hakları Yönetmeliği 9 uncu Madde, 1998)**

“Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine imkan sağlanır.”(**Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği 8 inci Madde, 2005)**

“Her hastanın sağlık sistemine uygun olması ve yetkili hekimin uygun görmesi halinde, kendisine sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşu değiştirme hakkı bulunmalıdır.” (**Hasta Hakları ve Sorumlulukları TS-12222-Nisan 1997)**

“Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür.” (**Hekimlik Meslek Etiği Yönetmeliği 22 inci Madde)**

Yönetmeliğe göre; **(RG: 2005:3)** aile hekimliği uygulamasına (AHU’na) geçilen yerlerde, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için aile hekimlerine kayıt olması şarttır. Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, aile hekimliği uygulamalarına yeni geçilen illerde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılmaktadır. Daha sonra kişiler, bulundukları yerin coğrafi şartlarına göre yakın konumdaki aile hekimini zaman ve bölge sınırlaması olmaksızın serbestçe seçebilmektedir. Kendi seçimini yapan kişinin

aile hekimini değiştirmesi için en az altı ay beklemesi zorunlu kılınmıştır.

Aile hekimliğine geçilen yerlerde kişilerin hekim değiştirme serbestliği Aile hekimliği uygulamasına başlandıktan 6 ay sonra başlayacaktır. Düzce’de Aile hekimliği uygulaması 15.09.2005 tarihinde başladığı için hekim değiştirme 15.03.2006 tarihinden itibaren serbest olmuştur. Düzce’de hekim değiştirme serbestliğinin başladığı ay, Aile hekimini değiştiren kişi sayısı 4.880 iken; AHU’nın 9. ayında aile hekimini değiştiren kişi sayısı 38.681’dir. Buna karşılık aile hekimlerine kayıtlı kişi sayısı AHU’nın 1. ayında 122.811 iken, AHU’nın 15. ayında Aile hekimlerine kayıtlı kişi sayısı 332.287’e ulaşmıştır (Düzce Sağlık Müdürlüğü, 05.02.2007)

Bunun yanında kişilerin hekim değiştirmesinde geçerli olacak kurallar ve usuller aşağıda kısaca açıklanmıştır.

Kişilerin hekim değiştirmesinde geçerli olacak kurallar: (Karadağ, 2007:28-29)

- 1) Kişiler aile hekimlerine en az 6 ay bağlı kalmak zorundadır.
- 2) Kişi 6 aylık süre dolduktan sonra istediği zaman aile hekimini değiştirebilir.
- 3) Yeni bağlandığı aile hekimine de en az 6 ay bağlı kalmak zorundadır.

Kişilerin hekim değiştirmesinin usulleri: (Karadağ, 2007:28-29)

1) Kişiler bağlı oldukları toplum sağlığı merkezi’ne başvurarak gerekli olan dilekçeyi doldururlar.

2) Toplum sağlığı merkezleri ayın son günü mesai bitimine kadar kendilerine teslim edilen dilekçelere numara vererek takip eden ayın 1’i ile 10’u arasında sonuçlandırır (ayın 10’u resmi tatil olursa takip eden ilk iş günü dikkate alınır). Sonulandırdığı dilekçelere ait bilgiyi toplu olarak içeren belgeyi sonraki 10 gün içinde İl Sağlık Müdürlüğüne ulaştırır. İl Sağlık Müdürlükleri bu işlemlere gerektiğinde müdahale hakkına sahiptir.

3) Bu tarihler dışında gelen dilekçeler biriktirilip her ayın 1’i ile 10’u arasında değişim işlemi yapılır.

4) Hekimlere yapılacak olan ücret tahakkukunda, kişi ay sonunda hangi hekime kayıtlıysa o hekime tahakkuku yapılır.

“ Kişilerin dilekçelerinden feragat etmeleri toplum sağlığı merkezinin işlemlere başlama tarihine (yani takip eden ayın ilk gününe) kadar mümkündür. Bu gibi durumlarda kişiden değişiklik dilekçesini geri almak istediğine dair yeni bir dilekçe alınarak gereği yapılır.” (Hekim değiştirme Talimatı).

Ayrıca doktorlar da hastalarını kabul etmeyebilirler. Ancak bu belirli şartlara bağlanmıştır. “Öncelikli şart kişinin başka doktor alternatifinin bulunmasıdır. Diğer koşullar ise şunlardır; tıbbi etiğe uygunsuz davranışların (kişi-hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb) belgelenmesi, hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması, hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması, taciz, tehdit ve bunun gibi iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır.” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004:80-81).

Hekim seçme hakkı hastanelerin birleşmesinden sonra daha çok önem kazandı. Yoğunlaşan hasta sayılarına rağmen bu kural devamlılığını sürdürmektedir. Yapılan anket çalışmasında da birleşme öncesi hekim seçme özgürlüğü % 27 oranında iyi olarak görülürken, birleşme sonrası bunun % 87,7 oranında arttığı görülmektedir.

2.3.5. Hasta Hakları

Hasta Hakları; Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları vasfıyla sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder. Bu hasta hakları içerisinde yer alan kavramları sırayla açıklamak gerekirse: (Aşkar, 2006:45-50)

2.3.5.1. Hak Kavramı

“ Hak kavramı çok yönlü bir kavram olup üzerinde fikir birliğine varılmış kapsayıcı bir tanımı bulunmamaktadır. Bu kavramın tanımına yönelik teoriler ortaya atılmıştır. Bu teorilerden olan “İrade Teorisine” göre, hak, “hukuk düzeni tarafından tanınan irade kudretidir. Yani, bir birey başka birine kendi

iradesini kabul ettirebildiği, onu bu iradeye göre harekete zorlayabildiği takdirde hak sahibidir. Menfaat teorisinde ise hak, “hukuken korunan ve sahibine bu korumadan yararlanma yetkisi tanınan bir menfaattir. Burada söz edilen her iki teorinin birleştirildiği karma teoriye göre ise hak, “hukuken korunmasını istemek yetkisine sahip bulunduğumuz çıkardır” şeklinde tanımlanır.” (Sert, 2004: 11 - 12).

2.3.5.2. Hasta

“Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür.” (Engiz, 2006 :1)

2.3.5.3. Hasta Hakları Kavramı

Temelde hasta hakları, insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade eder ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden alır (Önal, 2001: 1809) ve “sağlık hakkı ve sağlıklı yaşama hakkı” içinde bulunan hakların bir bölümünü anlatır. Bu hakların ayrımı bireylerin genelde hastalandıkları zaman açığa çıkar.

Bu esnada sağlık hakkı yerine, hasta hakları kavramı daha çok ön plana çıkar. (Süttaş, 2000:61) “ Hasta hakları konusuna giren taraf, hasta değil insanların tümüdür. Hasta hakları da mesleği kötüye kullananların disiplin cezaları almaları ya da TCK’ya göre cezalandırmalarından ibaret değildir. Bütçeden sağlığa ayrılan paydan başlamak üzere, koruyucu hekimliğe kadar uzanan ve insanların yaşamı üzerine alınan tüm kararlar, yapılması düşünülen veya uygulanan tüm politikalar hasta hakları kapsamındadır.” (Top, 2006 : 12-15).

“Bu yüzyılın başında bütün özellikleri ile iki insan arasındaki ilişki olarak yaşanan ve dayanağını “güven” kavramının oluşturduğu hasta-hekim ilişkisi, günümüzde hastaları ve hekimleri kuşatan sağlık kuruluşlarının fabrika benzeri atmosferi içinde sıradan bir ilişki haline gelmek üzeredir. Hastalar, gelişen tıp teknolojisi ve giderek karmaşılaşan sağlık sistemi karşısında kendilerini güçsüz ve korunmaya muhtaç hissetmektedir. Bu noktada, insanın onurunun ve bütünlüğünün korunmasını ve hastaya kişi olarak

gösterilen saygının artırılmasını amaçlayan çabalara ihtiyaç vardır. Bu çabaların bir ürünü olan hasta hakları son yıllarda sağlık hizmeti tartışmalarında önemli bir yer tutmaktadır.” (Hatun, 2006).

Sağlık hakkı ise, bedenine sahip olma hakkının önemli bir unsuru olup ana rahmine düşmeden başlamış olan bir hak olarak kabul edilir (Süttaş, 2000:32). “Genel olarak hem sağlığın devamının sağlanmasını hem de hastalığa uğrayan bireyin tedavisinin yapılmasını isteme hakkı şeklinde tanımlanan sağlık hakkı, bir yönüyle devletin müdahalesine kapalı iken; diğer bir yönüyle de bir vatandaş olarak devletten talepte bulunma hakkını içerir. Bireyin yaşamının huzurlu ve mutlu bir şekilde devam edebilmesi, sağlık hakkının yerine getirilmesine bağlıdır.” (Sert, 2004 :11 -12).

Sağlık hakkı ile hasta hakları, her ne kadar bildirgelerde karmaşık gibi görünsede, genellikle öne çıkarılan hasta haklarıdır ve sağlık hakkının ayrı bir grup olduğu bilinmelidir. (Süttaş, 2000:40). Hasta haklarıyla ilgili yazılı belgelere bakıldığında hepsinin birinci maddesinin sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı olduğu görülür. (Süttaş, 2000:39). 10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi sonuç bildirgesinde de belirtildiği gibi, sağlık ve yaşama hakkı, yani sağlıklı yaşama hakkı insan hakları kapsamında diğer hak ve özgürlüklerin belki de en önemlisidir. Bu hak daha öncede belirtildiği gibi, anayasa ve kanunlarda da yer almıştır. (10.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesi, 2006).

2.3.5.4. Hasta Yeterliliği Kavramı

Hasta yeterliliği kavramı hasta hakları için önemli bir kavramdır. Bu kavram tıbbi durumlarda genel olarak kişinin yasal olarak tedavisiyle ilgili kararları alabilecek, onay verebilecek yeterlilikte bulunması anlamındadır. Bu durumda hastanın sahip olması gereken yeterlilikler şöyle sıralanabilir: (Kalaça, 2001:1856-1859).

- Bireyin doktoru ile ilişkisinden ne beklediğini tanımlayabilmesi,
- Sorunlarını aktarabilecek ve yardım isteyecek bir doktor tayin edebilmesi,

- Sağlık sorunlarını, duygularını, endişelerini, inançlarını ve beklentilerini ifade edebilmesi.
- Hekimin söylediklerini, ilgili bilgiyi anlayabilecek biçimde iletişim kurabilmesi.
- Bilgiyi alması.
- Bilgiyi değerlendirmesi.
- Konuyla ilgili karar verebilmesi, geri bildirimde bulunabilmesi, bir aksiyon planı üzerinde karar verebilmesi.

2.3.5.5. Hasta Haklarının Gelişimi

Hasta hakları son yirmi yıl içerisinde toplumsal bir boyut kazanmıştır. Hasta haklarının gelişimi Dünya’da ve Türkiye’de aynı paralelde olmamıştır. Dünya’da öncelikle ABD’de ciddi gelişmeler yaşanmıştır. (Önal, 2001:1809).

2.3.5.5.1. Dünya’da Hasta Haklarının Gelişimi

“Hasta haklarının dayanakları ve korunması konusunda ülkeler arasında önemli farklılıklar vardır. Genel olarak, etik yönergeleri, Tabip Birliklerinin yönergeleri, genel ve kişi hukukunu düzenleyen yasalar hasta haklarına dayanak oluşturmaktadır. Son yıllarda hasta haklarının tıbbi etikten çok yasal düzenleme ile korunması yönünde bir eğilim görülmektedir. Bu eğilim doğrultusunda Hollanda, Finlandiya ve Norveç gibi bazı Avrupa ülkelerinde hasta örgütlerinin de katılımıyla hasta hakları yasaları hazırlanmış ve yakın zamanda Hollanda Parlamentosu böyle bir yasayı onaylamıştır. Yine Hollanda’da Tabip Birliği ile Ulusal Hasta Örgütü, hasta ve hekimlerin sorumluluk ve hakları konusunda ortak çalışmalar yapmışlardır. Birçok ülkede hasta örgütleri, hasta haklarının tarafı olarak kabul edilmektedir.” (Hatun, 2006:1).

“ Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmaların ABD’de başladığı kabul edilir. (Sert, 2004: 81-88) ABD’de 1970’li yılların başında bir mahkeme kararında; “hekim–hasta ilişkisinin bir iş olmadığı, güvene dayanan bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Hasta hakları konusunda Amerikan Hastaneler Birliği’nin gerçekleştirdiği faaliyetlerde önemli katkılar sağlamıştır. Amerikan Hastaneler

Birliği'nin 1972'de yayınladığı hasta hakları belgesi, günümüzde de kabul edilen değerlere yer vermesi nedeniyle en önemli belge niteliğindedir. Ancak hasta haklarıyla ilgili çalışmalar sadece ABD ile sınırlı kalmamıştır. 1975'de Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi de hasta hakları ile ilgili öneriler taslağı hazırlamıştır.” (Aşkar, 2006: 49-50)

Dünya Tıp Birliği'nin 1981'de Portekiz Lizbon'da gerçekleştirdiği 34. Genel Kurulu'nda benimsediği “Lizbon Bildirgesi; Dünya Sağlık Örgütü'nün 28-30 Mart 1994'te Amsterdam'da gerçekleştirdiği toplantıda edilen Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi ve Dünya Tıp Birliği'nin 1995'te Bali'de gerçekleştirdiği toplantıda kabul edilen Lizbon Bildirgesi II belgeleri, hasta hakları konusunda gelişmeler açısından önemli belgelerdir. (Sert, 2004:63-67).

2.3.5.5.2. Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi

“Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere yürürlüğe giren yasal düzenlemelerde temel insan hak ve hürriyetleri çerçevesinde bazı hasta haklarına yer verildiği ve doğrudan hasta hakkı olarak belirtilmese bile temel hasta haklarıyla örtüşen hükümlere yer verildiği görülmektedir.

Daha sonra Sağlık Sosyal ve Yardım Bakanlığı faaliyetleri çerçevesince çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. 1982 Anayasasının 17. maddesinin 2. fıkrasında; 56. ve 65. maddelerinde hasta ve bireylerin sağlık ve sağlıklı yaşama hakkına ilişkin hükümler yer almıştır.” (Aşkar, 2006:50).

Dünya Tıp Birliği'nin 1981'de Lizbon Bildirgesini yayınlaması, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Biriminin 1994'te Amsterdam Bildirgesini yayınlaması ve 1995'te Dünya Tıp Birliği'nin Lizbon Bildirgesi'ni Bali'de gözden geçirip yayınlaması, Avrupa Konseyi'nin 1997'de İnsan Hakları ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinden sonra Türkiye, bu bildirgelerde ve sözleşmelerde yer alan hasta haklarını temel alarak kendi iç mevzuatı ve taraf olduğu uluslar arası sözleşmeleri dikkate alarak Türkiye, 01 Ağustos 1998'de “Hasta Hakları Yönetmeliğini” yürürlüğe koymuştur. (Sert, 2004:89–106).

2.3.5.6. Hasta Haklarının Amacı

Süreyya Paşa Hastanesi hasta haklarının amacını; “hastanın bir kişi olarak gelişmesi; bedensel ve ruhsal bütünlük ve itibarının korunması; hasta hekim ilişkisinde, hastanın aktif katılımını desteklemek; her hastanın tam ve kaliteli sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlamak” şeklinde tanımlamaktadır. (“Sanal” , 22.10.2006).

“ Hasta hakları, esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bir başka deyişle, insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşamda saygı görme gibi ilkeler hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır.” (Aşkar, 2006:50-51).

Hasta haklarının geliştirilmesi için gösterilen çabaların diğer amaçları şunlardır: (Hatun, 2006:1)

- Hastalara sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma konusunda yardımcı olmak ve sistemle ilgili sorunların olumsuz etkisini azaltmak.
- Hastalarla sağlık personeli arasındaki yararlı ilişkiyi desteklemek ve geliştirmek; özellikle de hastaların sağlık hizmeti sürecine daha aktif katılımını cesaretlendirmek.
- Hasta kuruluşları, sağlık personeli ve sağlık yöneticileri arasındaki iletişim için yeni fırsatlar yaratmak, var olanları güçlendirmek.
- Temel insan haklarının korunmasını sağlamak, başta çocuklar, psikiyatrik hastalar, yaşlılar ve ağır hastalar olmak üzere tüm hastalara sunulan hizmetin insancıllaştırılmasını geliştirmek.

Hasta hakları kavramı, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade eder. Bu hak tüm hastanelerde kurallarına uygun olarak uygulanmaktadır. Fakat yaptığımız anket çalışmasını incelediğimizde; SSK hastanesinde bu uygulamanın % 37,7 oranında olduğu görülürken, Numune hastanesinde % 82,6 oranında iyi olduğu görülmektedir. Bundan da anlaşıldığı gibi hasta hakları kavramının birleşmeden

sonra daha önem kazandığı ve hastaların bu kavramı şimdi daha iyi benimsediği görülmektedir.

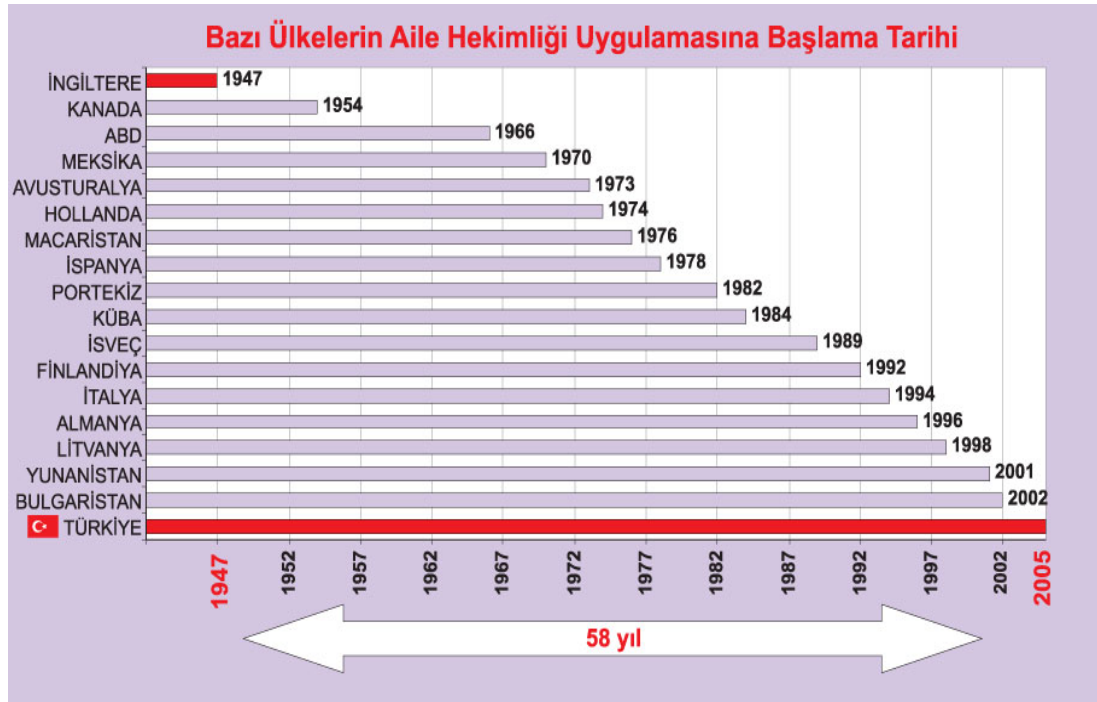
2.3.6. Aile Hekimliği

Sağlık Dönüşüm Programı hizmetinin başında insan yer almaktadır. Bu ilke, sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaçlarını, taleplerini ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. “ Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşımın başarıyı artıracığı bilinmektedir. Bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesiyle doktor ve aile üyelerinin daha yakın ilişkiler kurması, sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde birinci basamakta görev yapan doktor ve ekibinin rolünün belirginleşmesi mümkün olmaktadır.” (Akdağ, 2008: 64)

Programda genel pratisyen, aile doktoru veya aile hekimi aynı anlamda kullanılmaktadır. Birinci basamakta hizmet vermek üzere özel eğitim almış hekimleri ifade etmektedir.

Aile hekimliği bebekten en yaşlı bireye kadar bütün aile fertlerinin sağlığından ve hastalıklarından sorumludur. Başvuruyu yapan kişinin, her türlü sağlık sorununu ele alır; birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için hastayı diğer uzman hekimlerine yönlendirmek görevini üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır. (Akdağ, 2008: 65)

Tablo - 13: Bazı Ülkelerde Aile Hekimliği Uygulamasına Başlama Tarihi



Kaynak: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ağustos 2008

“Aile hekimi, hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; bireylerin aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama şartlarını, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla, riskler, sağlık şartları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.” (Akdağ, 2008 : 65).

Aile Hekimliği’nin ülkemize özel bir uygulama olarak uyum sürecini sağlamak üzere, sistemin uygulandığı ülkelerdeki farklı örnekler bizzat yerinde incelenerek değerlendirilmiştir. Bu amaçla; Fransa, İngiltere, Bulgaristan, Avusturya, Almanya, Çek Cumhuriyeti, Danimarka ve Küba vb. gibi ülkelerde bilimsel incelemeler yapılmıştır.

Meslek örgütleri ve akademisyenlerin katılımı ile bir “Aile Hekimliği Danışma Kurulu ” oluşturulmuştur. Bu kurul, düzenli ve disiplinli bir çalışma

gerektirmekte ve bu çalışma sonucunda aile hekimliği uygulamasında görev alacak olan pratisyen hekimlerin eğitim durumlarını hazırlamıştır. İki dönemli bir eğitim olarak düşünülmektedir. Bu açıdan düşünülen eğitimin ilk aşaması “kısa süreli uyum eğitimi” ‘dir. Bu eğitimde kursiyerlere yeni görev tanımları ve uygulamaları aktarılacak, yetki ve sorumlulukları hatırlatılacaktır.

“ Birinci aşama, eğitim materyali yayımlanma aşamasındadır ve eğitimcilerin eğitimlerine başlanmıştır. Uyum eğitimini almış olan hekimlerin sertifikalarının geçerliliği, aile hekimliği uygulamasına devam etme ve kalıcı sertifika için öngörülen ikinci aşama eğitim modüllerini tamamlama şartına bağlı olacaktır. İkinci aşama eğitim, birinci aşama eğitimin ardından başlayacak ve asgari 9 ay, azami 3 yıl içerisinde verilecektir. Bu eğitim, mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedeflemektedir. Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin işbirliği ile oluşturulacak eğitim ve araştırma bölgeleri, bu tür bir eğitimin süreklilik kazanması için büyük katkı sağlayacaktır.” (Demirel ve Güzelgöz, 2004: 21- 23).

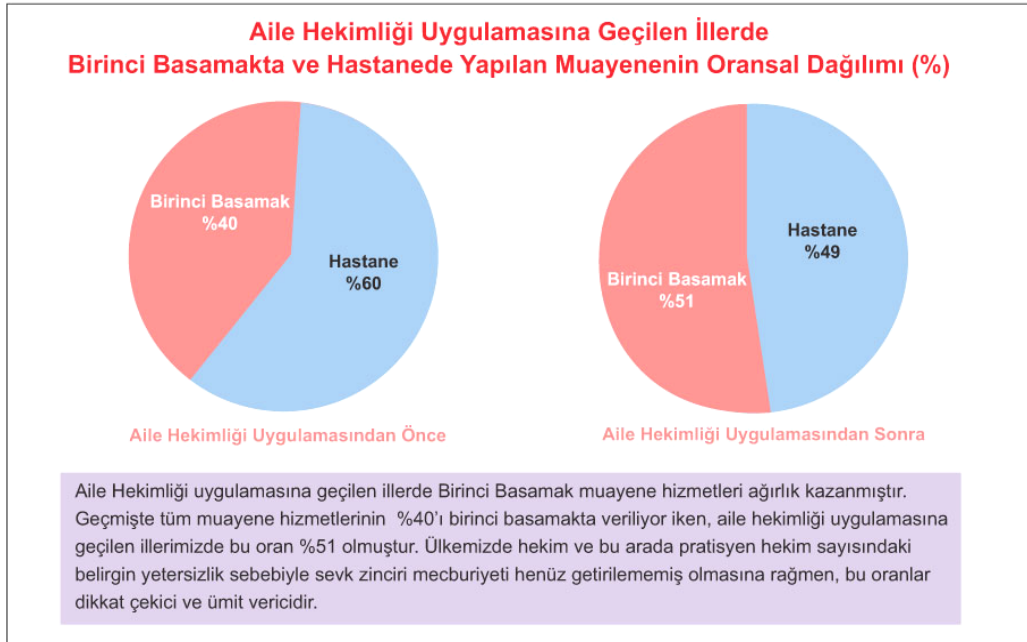
Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ilk şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu açıdan aile doktorları, birçok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz yapılan sağlık harcamalarını önleyici bir etkiye sahiptirler. Sağlık harcamalarında israfı önler, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engellerler. (Akdağ , 2008: 65)

“Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanarak, daha etkili ve verimli hizmet sunmak üzere Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturuldu. Bu merkezler aile hekimleri için aşılama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi öncelikli hizmet alanlarında, Sağlık Bakanlığının yıllık programına uygun olarak ve ücretsiz lojistik destekte bulunmakta, ayrıca aile hekimlerinin denetimini yürütmektedir. Böylece, bir anlamda, aile sağlığı ile toplum sağlığı uygulamaları bütünleştirilmiş ve entegre bir birinci basamak yapılanması sağlanmıştır. Süreç içinde aile sağlığı merkezlerinde aile hekimliği uzmanlarının, toplum sağlığı merkezlerinde de halk sağlığı uzmanlarının görev alması planlanmaktadır.” (Akdağ , 2008: 66).

Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası, Kasım 2004'te TBMM de kabul edildi. Pilot uygulamayla ilk olarak Ekim 2005'te Düzce ilinde başladı. Ardından 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli, Gümüşhane, 2007 yılında Elazığ, Isparta, Samsun, İzmir, Bartın, Sinop, Amasya ve 2008 yılında da Bayburt, Çorum, Manisa, Osmaniye, Karaman, Karabük, Adana ve Burdur ilinde uygulamaya geçilerek 22 ilde 15 milyon vatandaşımız aile hekimliği uygulaması kapsamı içine alındı. (Akdağ , 2008: 66).

“ Erken dönem sonuçları oldukça başarılı olan aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin topluma birinci basamağı cazip hale getirmekte ve böylece koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde verilmesini kolaylaştırmaktadır. Bu sayede hastanelere giden hasta sayıları düşmekte ve hastanelerde karşılaşılan yoğunluklar azalmaktadır.” (Akdağ, 2008: 66). Meslek içi eğitimlerle desteklenen bu uygulama, uzun vadede bu hizmetleri sunan aile hekimi uzmanlarının yetişmesini sağlayacaktır. Böylece birinci basamak sağlık hizmetlerine olan güveni daha da arttıracaktır.

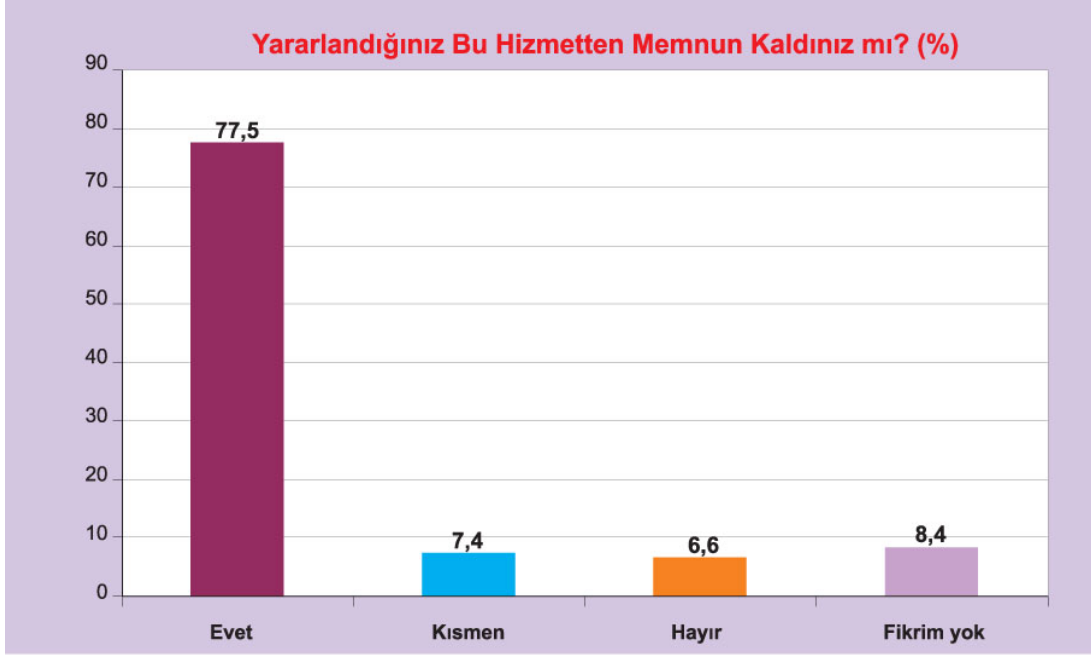
Tablo - 14: Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Birinci Basamakta ve Hastanede Yapılan Muayenenin Oransal Dağılımı(%)



Kaynak: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ağustos 2008

Başlangıç ilimiz Düzce’de aile hekimliği araştırmasında vatandaşlarımıza aile hekimliği hizmetlerinden memnun olup olmadıkları sorulduğunda yüksek bir memnuniyet oranı ortaya çıkmaktadır.

Grafik-1: Yararlandığınız Bu Hizmetten Memnun Kaldınız mı?(%)



Kaynak: Düzce İli Aile Hekimliği Araştırması (ANAR)

Aile hekimliği ile ilgili diğer bir hususta bu hekimlerin rekabet içinde çalışacakları ve bu çerçevede halka seçme olanağının tanınacağıdır. Elindeki hastaları kendisiyle rekabet eden diğer hekimlere kaptırmamak kaygısına düşecek olan aile hekimi olabildiğince teknoloji ve ilaç yoğun bir hizmet sunumu anlayışına yönelecektir. Her aile hekiminin çeşitli laboratuvar malzemeleri, EKG, ultrasonografi, röntgen cihazı gibi bir dizi donanıma sahip olması öngörülmektedir ve rekabet anlayışı ile bu donanımın çoğaltılabilmesinin yolları açılmaktadır. Bu durumda hekimleri zor duruma sokacak ve tıbbi cihaz piyasasını canlandıracaktır. Bu haliyle aile hekimliği uygulaması hekimlerin iş güvencelerini yitirmelerinin de yolunu açacaktır (Ardıç vd., 1992, 51- 52).

Bunun yanında Aile Hekimliğinin amaçları ise şunlardır:

- Erken tanı ve tedaviyi sağlamak

- Hastalık ve sağlık konularına sadece fiziksel etmenleri değil sosyal ve ruhsal etmenleri de göz önüne alarak yaklaşmak
- Sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak
- Kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlamak, böyle hastalıkları olan kişileri izlemek
- Hastalarla uzun süreli ilişkiler kurarak onları izleme
- Birinci basamakta verilmesi gereken hizmetleri topluma sunmak
- Bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumların gelişmelerine katkı yapmak

Aile Hekimliği uygulaması, hastane birleşmesinden sonra uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulama halk tarafından da benimsenmiştir. Ayrıca, etkili sevk zinciri oluşmasında aile hekimliği önemli bir yere sahiptir. Konya’ da aile hekimliği ile ilgili eğitimler verildi ama halen uygulamaya başlanmadı.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SSK VE NUMUNE HASTANELERİNİN BİRLEŞMESİ SONUCU HİZMET KALİTESİ VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ YÜKÜNÜN TESPİTİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Sağlık çalışanları ve hastalar, hastane birleşmesi hususunda önemli ayrıntıyı oluşturmaktadır. Hastane birleşmelerinde, hastaların kişisel görüş ve düşüncelerinin yanında sağlık çalışanlarının da davranış ve görüşleri önemli bir etkindir.

3.1. Araştırmanın Amacı, Yöntemi ve Örneklem:

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için önemli olan hastaların memnuniyetlerini sağlamaktır. Bunun içinde sunulan hizmete ilişkin algılanan tutum ve davranışlar arasındaki uyuma dikkat edilmelidir.

Araştırmanın amacı; son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan hastane birleşmelerinin hastanelerde verimliliği ne ölçüde arttırdığını araştırmak, hasta ve hasta yakınlarının hizmet tatmini ile birleşmenin hekimler ve diğer sağlık personelinin çalışmalarını nasıl etkilediğini ortaya koymaktır. Bu bağlamda ayrıca sosyal güvenlik sistemindeki değişmelerin ve sağlıkta dönüşüm projesiyle birlikte ortaya çıkan hastane birleşmelerinin sonuçlarını da irdelemektir. Bu amaçla anket yöntemi kullanılarak bir alan çalışması yapılmıştır. Anket yüzde-oran analiz yöntemleri, % 95 güven aralığı ve %5 örneklem hatası esasına göre tesadüfi örnekleme metodu ile Mart – Nisan 2009 döneminde Konya’da faaliyet gösteren SSK ve Numune hastanesi sağlık çalışanları ile hastalar ve hasta yakınları olmak üzere 287 denek ile gerçekleştirilmiştir. Anket, hastane birleşmesindeki memnuniyeti ölçmek amacıyla dört bölümden oluşmaktadır.

Anketin birinci bölümünde; sağlık çalışanlarının ve hastaların demografik özellikleri ölçülmüştür. Buna ilişkin olarak katılan deneklere cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim ve meslek durumları sorulmuştur.

İkinci bölümde; sağlık çalışanlarına hastane birleşmesi sonucu ortaya çıkan genel konularla (bireysel iş yükü, iş memnuniyet düzeyi, maddi kazanım, bireysel iş

prosedürleri, işlemlerde karmaşa, hizmet kalitesi vb.) ilgili durumları ölçmeye yönelik sorular sorulmuştur.

Bu bölümde ayrıca, çalışan memnuniyeti ve hasta memnuniyeti gibi hususlarında üzerinde durulmuştur.

Üçüncü bölümde de; hastaların sahip oldukları sosyal güvence hakkında ve bunu takibinde gittiği sağlık kuruluşu ve gitme sıklığı üzerinde durulmaktadır.

Anketin son bölümünde ise; hastaların Numune ve SSK hastanelerinin birleşmesiyle ilgili hususlara bakış açıları yer almaktadır. Ayrıca, birleşmeyle birlikte hastalara hastane birleşmesi öncesiyle sonrasını sorularla kıyaslama imkanı sağlanmıştır.

Ayrıca, bir bireyin en temel haklarının başında sağlıklı ve güven içinde yaşama hakkı gelmektedir. Bu hakkı, rahat bir şekilde kullanabilmek için Sosyal Sigortalar Kurumuna mensup hastaların yaşadıklarıyla, 2004 yılında gerçekleştirilen hastane birleşmelerinin boyutları, yansımaları ve hasta ve hasta yakınlarının bundan ne kadar memnun olduğunu, en çok hangi faaliyetlerin yerine getirildiği gibi birçok soruya cevap verebilmesi açısından önemlidir. Bu da araştırmamızın önemini açık bir şekilde ortaya koymaktadır.

Çalışmada hastanelerin tek çatı altında Sağlık Bakanlığı bünyesinde birleşmesinin hem hizmet sunum kalitesini hem de hasta ve çalışan memnuniyetini nasıl etkilediği araştırılmıştır. Bu kapsamda; hem hastalara hem de sağlık personeline sorular yöneltilerek cevap alınmıştır.

- Hastane birleşmesinin, sağlık çalışanlarının bireysel iş yükünü artırıp arttırmadığı,
- Hastane birleşmesinin, sağlık çalışanlarının memnuniyet düzeylerini artırıp arttırmadığı,
- Hastane birleşmesinin, yoğunluğun artmasıyla birlikte hastanelerdeki işlemlerde karmaşaya yol açıp açmadığı,
- Hastane birleşmesinin, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini artırıp arttırmadığı,

3.2. Araştırmanın Bulguları

Bu bölümde sağlık çalışanları ve hastalardan oluşan deneklerin ayrı ayrı demografik özelliklerine değinilmektedir. Bunu takiben deneklere ayrı ayrı genel konulara ilişkin cevapları dikkate alınmıştır.

3.2.1. Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri:

Ankette yer alan sağlık çalışanlarından oluşan 109 kişiden meydana gelen deneklerin cinsiyet, yaş, meslek, eğitim durumu ve medeni durumlarına ilişkin bulgular aşağıdaki tablolarda yer almaktadır;

Tablo – 15: Sağlık Personelinin Cinsiyeti

	Kişi	Yüzde
Kadın	60	55,0
Erkek	49	45,0
Toplam	109	100,0

Cinsiyet açısından denekler değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının % 55'nin kadın, % 45'nin de erkek olduğu görülmektedir.

Tablo – 16: Sağlık Personelinin Yaşı

	Kişi	Yüzde
25 yaş altı	1	,9
26-35 yaş	36	33,0
36-45 yaş	51	46,8
46-55 yaş	17	15,6
56-65 yaş	4	3,7
Toplam	109	100,0

Tabloya bakıldığında, sağlık çalışanlarının % 19.3'ü 46-65 yaş ve üstünü oluştururken, % 79.8'sini ise, 26- 45 yaş grubu oluşturmaktadır. Geriye kalan % 0.9 'nu da 25 yaş grubu altı oluşturmaktadır.

Tablo – 17: Sağlık Personelinin Mesleği

	Kişi	Yüzde
Doktor	46	42,2
Ebe-hemşire	46	42,2
Sağlık memuru ve teknisyeni	12	11,0
Diğer	5	4,6
Toplam	109	100,0

Sağlık personelinin kendi içindeki meslek grupları belirlenmiştir. % 42.2'sini Doktor, diğer % 42.2'sini de Ebe- hemşire oluşturmaktadır. % 11'ni Sağlık Memuru ve teknisyen takip etmektedir. Geriye kalan % 4.6'lık kısmı ise diğer meslekler oluşturmaktadır.

Tablo – 18: Sağlık Personelinin Eğitim Durumu

	Kişi	Yüzde
Lise	16	14,7
Üniversite	93	85,3
Toplam	109	100,0

Tablo Sağlık Personelinin eğitim durumu açısından incelendiğinde ise, % 85.3'nü Üniversite, % 14.7'sini lise olduğu görülmektedir.

Tablo – 19: Sağlık Personelinin Medeni Durumu

	Kişi	Yüzde
Evli	101	92,7
Bekar	8	7,3
Toplam	109	100,0

Araştırmaya katılan sağlık personelinin % 92.7'sinin evli, geriye kalan % 7.3'nün ise bekar olduğu görülmektedir.

3.2.2. Hastaların Demografik Özellikleri

Anketin diğer bir deneyeği olan 178 kişiden oluşan hastaların cinsiyet, yaş, meslek, eğitim durumu ve medeni durumlarına ilişkin bulgular aşağıdaki tablolarda yer almaktadır;

Tablo – 20: Hastaların Cinsiyeti

	Kişi	Yüzde
Kadın	61	34,3
Erkek	117	65,7
Toplam	178	100,0

Cinsiyet açısından denekler değerlendirildiğinde, hastaların % 34.3'nün kadın, % 65.7 'si de erkek olduğu görülmektedir.

Tablo – 21: Hastaların Yaş Durumu

	Kişi	Yüzde
25 yaş altı	24	13,5
26-35 yaş	81	45,5
36-45 yaş	36	20,2
46-55 yaş	28	15,7
56-65 yaş	2	1,1
65 üstü	7	3,9
Toplam	178	100,0

Tabloya bakıldığında, hastaların % 16.8'i 46-65 yaş ve üstünü oluştururken, % 65.7'si ise, 26- 45 yaş grubu oluşturmaktadır. Geriye kalan % 13.5'i de 25 yaş grubu altı oluşturmaktadır.

Tablo – 22: Hastaların Mesleği

	Kişi	Yüzde
İşçi	158	88.8
Ev hanımı	13	7.3
Çiftçi	2	1,1
Emekli	5	2,8
Toplam	178	100,0

Araştırmada en çok (% 88,8) işçiyle görüşüldüğü anlaşılmaktadır. Bunu sırasıyla (% 7.3) ev hanımı, (% 2.8) emekli, (% 1.1) çiftçi takip etmektedir.

Tablo – 23: Hastaların Eğitim Durumu

	Kişi	Yüzde
Okur-yazar değil	5	2,8
Okur-yazar	1	,6
İlkokul	38	21,3
Ortaokul	32	18,0
Lise	53	29,8
Üniversite	48	27,0
Lisans üstü	1	,6
Toplam	178	100,0

Hastaların, en çok lise mezunu (% 29.8) olduğu görülürken bunu yaklaşık değerlerle üniversite (% 27.0) mezunları, (% 21.3) ilkokul mezunu, (% 18.0) ortaokul mezunu iken (% 0.6) ise lisans üstü mezunudur.

Tablo – 24: Hastaların Medeni Durumu

	Kişi	Yüzde
Evli	131	73,6
Bekar	46	25,8
Dul	1	,6
Toplam	178	100,0

Araştırma katılan hastaların % 73.6'sının evli, % 25.8'inin bekar, % 0.6'sının dul olduğu görülmektedir.

3.2.3. Sağlık Çalışanlarının Genel Konulara İlişkin Cevapları:

Sağlık çalışanlarının genel konulara ilişkin cevaplarını yüzde oran yöntemi ile yorumlayabiliriz. Burada önemli olan 109 kişiden oluşan sağlık çalışanı katılımcılarına iletilen 11 soruya vermiş oldukları cevaplar dikkate alınmaktadır. Kısaca inceleyecek olursak;

3.2.3.1. Bireysel İş Yüğü

Tablo – 25: Sağlık personelinin bireysel iş yüküne ait görüşleri

	Kişi	Yüzde
Artmadı	1	,9
Değişmedi	3	2,8
Arttı	29	26,6
Kesinlikle arttı	76	69,7
Toplam	109	100,0

Hastanelerin birleşmesiyle sağlık personellerinin bireysel iş yükünde ciddi bir artış görülmektedir. Sorulara cevap veren sağlık personelinin % 96.3'ü yükün arttığı belirtmektedir. Böylece “ Hastane birleşmesinin, sağlık çalışanlarının bireysel iş yükünü arttırdığı” görüşü açığa çıkmıştır.

3.2.3.2. Bireysel İş Prosedürü

Tablo - 26: Sağlık personelinin bireysel iş prosedürlerine ait görüşleri

	Kişi	Yüzde
Cevapsız	1	,9
Kesinlikle artmadı	1	,9
Artmadı	3	2,8
Değişmedi	6	5,5
Arttı	34	31,2
Kesinlikle arttı	64	58,7
Toplam	109	100,0

Birleşmenin etkisiyle, sağlık personelinin % 89.9'u iş prosedürün arttığını, % 3.7'si artmadığını, % 5.5'i değişmediğini gösterirken % 0.9'unun soruya cevap vermediği görülmektedir.

3.2.3.3. İş Memnuniyet Düzeyi

Tablo – 27: Sağlık personelinin iş memnuniyet düzeyine ait görüşleri

	Kişi	Yüzde
Cevapsız	2	1,8
Kesinlikle artmadı	27	24,8
Artmadı	28	25,7
Değişmedi	27	24,8
Arttı	19	17,4
Kesinlikle arttı	6	5,5
Toplam	109	100,0

Birleşmenin etkisiyle, sağlık personeli % 22.9 oranında iş memnuniyet düzeylerinin arttığını söylerken, % 50.5'i artmadığını söylemektedir. Bunun yanında sağlık personelinin % 24.8'i değişmediğini söylerken, % 1.8'i cevapsız kalmaktadır. Sağlık personeli iş yükünün artmasına paralel olarak memnuniyet oranında azalmasını ortaya koymuştur.

3.2.3.4. Maddi Kazanım (Döner Sermaye)

Tablo – 28: Sağlık Personelinin Maddi Kazanımı (Döner Sermaye)

	Kişi	Yüzde
Cevapsız	2	1,8
Kesinlikle artmadı	21	19,3
Artmadı	12	11,0
Değişmedi	36	33,0
Arttı	13	11,9
Kesinlikle arttı	25	22,9
Toplam	109	100,0

Tabloya bakıldığında, sağlık personelinin % 34.8'i maddi kazanımının arttığını, % 30.3'ü artmadığını söylemektedir. Bunun yanında sağlık personelinin % 33'ü değişmediğini ortaya koyarken, % 1.8'i cevapsız kalmaktadır.

3.2.3.5. Hasta Memnuniyeti

Tablo – 29: Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

	Kişi	Yüzde
Cevapsız	2	1,8
Kesinlikle artmadı	10	9,2
Artmadı	18	16,5
Değişmedi	21	19,3
Arttı	35	32,1
Kesinlikle arttı	23	21,1
Toplam	109	100,0

Tablo incelendiğinde, sağlık personelinin % 53.2’si memnuniyet düzeyinin arttığını gösterirken, % 25.7’si artmadığını göstermektedir. Ayrıca bunun yanında sağlık personelinin % 1.8’i cevapsız kalırken, % 19.3’ü değişmediğini göstermektedir. Böylece “ Hastane birleşmesinin, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini arttırdığı” görüşü ortaya çıkmıştır. Tablodan da anlaşıldığı gibi, hastane birleşmesi sayesinde hasta memnuniyetinde olumlu bir artış görülmüştür.

3.2.3.6. Bürokrasi (Kırtasiye - Evrak) İşlemleri

Tablo – 30: Sağlık Hizmetlerinde Bürokrasi (Kırtasiye - Evrak)

	Kişi	Yüzde
Cevapsız	2	1,8
Kesinlikle artmadı	5	4,6
Artmadı	9	8,3
Değişmedi	21	19,3
Arttı	36	33,0
Kesinlikle arttı	36	33,0
Toplam	109	100,0

Birleşmenin etkisiyle sağlık personelinin % 66’sı bürokrasi işlemlerinin arttığını söylerken, % 12.9’u artmadığını söylemektedir. Bunun yanında sağlık personelinin % 19.3’ü değişmediğini söylerken, % 1.8’i cevapsız kalmaktadır.

3.2.3.7. Laboratuvar ve Röntgen vb. Tetkik Çeşitleri

Tablo–31: Sağlık Hizmetlerinde Laboratuvar ve Röntgen vb. Tetkik Çeşitleri

	Kişi	Yüzde
Cevapsız	3	2,8
Kesinlikle artmadı	6	5,5
Artmadı	3	2,8
Değişmedi	32	29,4
Arttı	36	33,0
Kesinlikle arttı	29	26,6
Toplam	109	100,0

Tabloya bakıldığında, sağlık personelinin % 59.6’sı sağlık hizmetlerinde laboratuvar ve röntgen vb. tetkik çeşitlerinin arttığını, % 8.3’ü artmadığını göstermektedir. Bunun yanında sağlık personelinin % 29.4’ü değişmediğini ortaya koyarken, % 2.8’i cevapsız kalmaktadır.

3.2.3.8. İşlemlerde Karmaşa

Tablo – 32: Sağlık Hizmetleri İşlemlerinde Karmaşa

	Kişi	Yüzde
Kesinlikle artmadı	1	,9
Artmadı	15	13,8
Değişmedi	18	16,5
Arttı	37	33,9
Kesinlikle arttı	38	34,9
Toplam	109	100,0

Tablo göz önüne alındığında, sağlık personelinin % 68.8’i işlemlerde oluşan karmaşanın, yoğunluğun arttığını düşünürken, % 14.7’si bunun artmadığını düşünmektedir. Sağlık personelinin % 16.5’i ise değişmediğini düşünmektedir. Böylece “ Hastane Birleşmesinin, yoğunluğun artmasıyla birlikte hastanelerdeki işlemlerde karmaşa meydana getirdiği” görüşü ortaya çıkmıştır.

3.2.3.9. Hizmet Kalitesi

Tablo – 33: Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi

	Kişi	Yüzde
Cevapsız	2	1,8
Kesinlikle artmadı	15	13,8
Artmadı	11	10,1
Değişmedi	30	27,5
Arttı	28	25,7
Kesinlikle arttı	23	21,1
Toplam	109	100,0

Birleşmenin etkisiyle sağlık personelinin % 46.8'i hizmet kalitesinin arttığını söylerken, % 23.9'u artmadığını söylemektedir. Bunun yanında sağlık personelinin % 27.5'i değişmediğini söylerken, % 1.8'i cevapsız kalmaktadır.

3.2.3.10. Sağlık Personelinin İş Yükü

Tablo – 34: Sağlık Personelinin İş Yükü

	Kişi	Yüzde
Artmadı	1	,9
Değişmedi	11	10,1
Arttı	42	38,5
Kesinlikle arttı	55	50,5
Toplam	109	100,0

Hastanelerin birleşmesiyle Sağlık personellerinin iş yükünde artış gözlenmiştir. Sağlık personelinin % 89'u yükün arttığını, % 0.9'u ise artmadığını söylerken, % 10.1'i ise değişmediğini söylemektedir.

3.2.3.11. Çalışan Memnuniyeti

Tablo – 35: Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Memnuniyeti

	Kişi	Yüzde
Cevapsız	2	1,8
Kesinlikle artmadı	35	32,1
Artmadı	29	26,6
Değişmedi	25	22,9
Arttı	13	11,9
Kesinlikle arttı	5	4,6
Toplam	109	100,0

Tablo göz önüne alındığında, sağlık personelinin % 16.5'i Sağlık hizmetlerinde çalışan memnuniyetinin arttığını, % 58.7'si ise artmadığını göstermektedir. Bunun yanında sağlık personelinin % 22.9'u değişmezken, % 1.8'i cevapsız kalmaktadır. Burada “ Hastane birleşmesinin, sağlık çalışanlarının memnuniyet düzeylerini arttırmadığı” görüşü açığa çıkmıştır. Çünkü, tabloya göre hastane birleşmelerinde çalışan memnuniyeti artmamıştır.

Bu tabloların tamamı incelendiğinde, Konya Numune hastanesi ve SSK hastanesinin birleşmesi tüm sağlık çalışanları açısından ağır bir yük oluşturmuştur. Bu birleşme sayesinde hasta sayılarında, işlemlerde, iş yükünde, bürokrasi işlemlerinde vb. birçok açıdan görüldüğü gibi artış görülmektedir. Bunun yanında çalışanların % 58.7'si bu durumdan memnun değildir. Artan talep karşısında çalışan personel buna yetişememektedir. Fakat zamanla bu durumunda bir düzen içine gireceği tahmin edilmiştir.

3.2.4. Hastaların Genel Konulara İlişkin Cevapları:

Bu bölümde, 178 SSK güvencesi olan vatandaşlarla görüşülmüştür. Burada da yüzde oran yöntemi kullanılmıştır. Burada hastalara sağlık güvenceleriyle ilgili 6 tane soru soruldu ve bunlara verilen cevaplar analiz edildi. Bunları kısaca açıklayalım;

3.2.4.1. Hastaların Sahip Olduğu Sigortalarının Süreleri

Tablo – 36: Hastaların sigortalı olma süresi

	Kişi	Yüzde
0-6 ay	8	4,5
7 ay- 1 yıl	12	6,7
2 yıl-6 yıl	47	26,4
7 yıl - 12 yıl	60	33,7
13 yıl -sonrası	51	28,7
Toplam	178	100,0

Tabloya bakıldığında hastaların % 4.5'nin yeni sigortalı olduğu, % 33.1'nin 7 ay- 6 yıl arası sigortalı olduğu ve % 62.4'nün ise 7 yıl ve sonrası olarak sigortalı olduğu gözükmemektedir.

3.2.4.2. Hastaların Kendisi mi ya da Başkasının Üzerinden mi Sigortalı Olduğu

Tablo – 37: Hastaların Kendisi mi ya da Başkasının Üzerinden mi Sigortalı

	Kişi	Yüzde
Evet kendisi	167	93,8
Hayır	11	6,2
Toplam	178	100,0

Hastaların % 93.8'i kendisi sigortalıyken, % 6.2'si bir yakınının üzerinden sigortalı olduğu görünmektedir.

3.2.4.3. Sağlık Kuruluşuna Gitme Sıklığı

Tablo – 38: Bir Sağlık Kuruluşuna Gitme Sıklığı

	Kişi	Yüzde
Çok sık	8	4,5
Sık	27	15,2
Seyrek	91	51,1
Çok Seyrek	47	26,4
Hiç	5	2,8
Toplam	178	100,0

Hastaların büyük çoğunluğunun sağlık kuruluşuna seyrek (% 77.5) gittikleri ortaya çıkmaktadır. Sağlık kuruluşuna sık gittiğini belirten hastaların % 19.7 az bir grubu oluşturmaktadır. Deneklerin bir bölümü de hiç (% 2.8) gitmediklerini belirtmişlerdir.

3.2.4.4. SSK Hastanesine Gitmediğiniz Takdirde Hangi Hastaneye Gitmeyi Tercih Ederdiniz

Tablo – 39: SSK hastanesine gitmediğiniz takdirde hangi hastaneye gidersiniz

	Kişi	Yüzde
Devlet	141	79,2
Özel	28	15,7
Üniversite	4	2,2
Özel muayene	5	2,8
Toplam	178	100,0

Tabloyu göz önüne aldığımızda hastaların SSK hastanesine gitmediklerinde ilk olarak tercih ettikleri yer % 79.2 oranında Devlet hastaneleridir. Bunu takiben hastaların % 15.7’le Özel hastaneleri, % 2.8’le Özel muayeneyi ve daha sonra da % 2.2’le Üniversiteleri tercih etmektedir.

3.2.4.5. SSK Hastanesinin Sağlık Bakanlığına Devri

Tablo – 40: SSK Hastanesinin Sağlık Bakanlığına Devrine ait görüşünüz

	Kişi	Yüzde
Yerinde bir karar	153	86,0
Bir şey değişmedi	15	8,4
Daha kötü oldu	8	4,5
Diğer	2	1,1
Toplam	178	100,0

Hastaların büyük bir bölümü (% 86.0) bu birleşmenin yerinde bir karar olduğunu düşünmektedir. Bunu takiben hastaların % 8.4’le bir şey değişmedi, % 4.5’le daha kötü oldu ve % 1.1’le diğer durum göstergeler yer almaktadır.

3.2.4.6. Birleşmeden sonra SSK Hastanesine Gitmemenizin Sebebi

Tablo-41: Eğer birleşmeden sonra SSK hastanesine gitmeyi düşünmemenizin sebebi

	Kişi	Yüzde
Muayeneler kötüleşti	12	6,7
Servisler yetersiz hale geldi	7	3,9
Doktorların hastaya tutumu değişti	18	10,1
İşlemler ve bürokrasi arttı	4	2,2
Diğer	137	77,0
Toplam	178	100,0

Tablo göz önüne alındığında hastaların % 6.7 muayeneler kötüleşti, % 3.9 servisler yetersiz hale geldi, % 10.1 doktorların hastaya tutumu değişti, % 2.2 işlemler arttı gibi durumlar söz konusudur. Ama en önemli etken bunların dışında olan hastaların % 77'lik bir oranla diğer nedenler oluşturmaktadır. Örneğin, ulaşım, hastayla iletişim, polikliniklerin temizliği vb. sayılabilir.

3.2.5. Hastaların Numune Hastanesi ve SSK Hastanesinin Birleşmesiyle İlgili Konulara İlişkin Cevapları:

Hastalardan oluşan katılımcılara SSK hastaneleri ve Numune hastanelerinin birleşmesi sonucuyla ilgili sorular sorulup cevaplar analiz edilmiştir. Burada hastalar tarafından iki hastane arasında kıyaslama yapılması istenmiştir. Ayrıca bu bölümde de diğerlerinde olduğu gibi aynı yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar;

3.2.5.1. Hasta Kabul Hizmetleri

Tablo – 42: Hasta kabul hizmetleri (Bandrol)

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	2	1,1	49	27,5
İyi	32	18,0	103	57,9
Fikrim yok	45	25,3	14	7,9
Kötü	83	46,6	11	6,2
Çok kötü	16	9,0	1	,6
Toplam	178	100,0	178	100,0

SSK hastanesinin Sağlık Bakanlığına devrinden önce hasta kabul hizmetlerinde hastaların % 19.1’le iyi iken % 55.6’yla kötü olduğunu düşünmektedir. Devirden sonra ise bu oranlar % 85.4’le iyi ve % 6.8’le kötü olduğu görülmektedir. Böylece hasta kabul hizmetlerinde devirden sonra olumlu artış olmuştur.

3.2.5.2. Muayene Bekleme Salonları

Tablo - 43: Muayene Bekleme Salonları

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	1	,6	37	20,8
İyi	40	22,5	108	60,7
Fikrim yok	45	25,3	20	11,2
Kötü	78	43,8	10	5,6
Çok kötü	14	7,9	3	1,7
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablolar incelendiğinde muayene bekleme salonlarını, birleşmeden önce hastalar, % 23.1’le iyi iken % 51.7’le kötü olduğu söylemektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oran % 81.5’e yükselmiştir.

3.2.5.3. Otomasyon (bilgi-işlem)

Tablo - 44: Otomasyon (bilgi-işlem)

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	3	1,7	52	29,2
İyi	40	22,5	106	59,6
Fikrim yok	59	33,1	14	7,9
Kötü	63	35,4	4	2,2
Çok kötü	13	7,3	2	1,1
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablodaki verilere bakıldığında hastaların birleşmeden önce otomasyon işlemlerinin % 24,2’yle iyi durumdayken % 42,7 ile kötü durumda olduğunu düşünmektedir. Birleşmeden sonra ise bu durum % 88,8’le olumlu yönde artmaktadır.

3.2.5.4. Yönlendirme Levhaları

Tablo - 45: Yönlendirme levhaları

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	2	1,1	53	29,8
İyi	39	21,9	91	51,1
Fikrim yok	55	30,9	24	13,5
Kötü	66	37,1	8	4,5
Çok kötü	16	9,0	2	1,1
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablodaki veriler incelendiğinde birleşmeden önce yönlendirme levhalarını hastaların % 23'ü iyi durumda düşünürken % 46.1 ile kötü durumda düşünmektedir. Birleşmeden sonra ise bu durum % 80,9'la olumlu yönde artmaktadır.

3.2.5.5. Güvenlik

Tablo - 46: Güvenlik

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	5	2,8	47	26,4
İyi	52	29,2	95	53,4
Fikrim yok	52	29,2	24	13,5
Kötü	60	33,7	12	6,7
Çok kötü	9	5,1	0	0
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablo incelendiğinde birleşmeden önce hastalar güvenlik konusunda SSK hastanesinin % 32'yle iyi iken % 38,8'le kötü olduğunu düşünmektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oran % 79,8'e yükselmiştir.

3.2.5.6. Polikliniklerin Temizliği

Tablo - 47: Polikliniklerin Temizliği

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	6	3,4	57	32,0
İyi	69	38,8	98	55,1
Fikrim yok	44	24,7	12	6,7
Kötü	48	27,0	11	6,2
Çok kötü	11	6,2	0	0
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablo incelendiğinde birleşmeden önce hastalar polikliniklerin temizliğini % 42.2'yle iyi iken % 33.2'yle kötü olarak görmektedir. Fakat birleşmeden sonra ise bu olumlu oran % 81.5'e yükselmiştir. Böylece polikliniklerin temizliğine birleşmeden sonra daha dikkat edildiği görülmektedir.

3.2.5.7. Hekim Seçme Özgürlüğünü Kullanabilme

Tablo - 48: Hekim Seçme Özgürlüğünü Kullanabilme

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	5	2,8	69	38,8
İyi	43	24,2	87	48,9
Fikrim yok	56	31,5	11	6,2
Kötü	58	32,6	9	5,1
Çok kötü	16	9,0	2	1,1
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablodaki veriler incelendiğinde birleşmeden önce hastaların % 27'si hekim seçme özgürlüğünün iyi olduğunu % 41.6 ise kötü olduğunu düşünmektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oran % 87.7'ye yükselmiştir. Böylece hekim seçme özgürlüğüne birleşmeden sonra daha çok özen gösterildiği görülmektedir.

3.2.5.8. Muayeneye Ayrılan Süre

Tablo - 49: Muayeneye ayrılan süre

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	2	1,1	32	18,0
İyi	33	18,5	89	50,0
Fikrim yok	50	28,1	25	14,0
Kötü	75	42,1	27	15,2
Çok kötü	18	10,1	5	2,8
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablo incelendiğinde birleşmeden önce muayeneye ayrılan süre konusunda SSK hastanesinde hastaların % 19.6'sı iyi % 52.2'si kötü olduğunu düşünmektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oran % 68'e yükselmiştir. Böylece birleşmeden sonra hekimler hastayla daha çok vakit geçirmektedirler.

3.2.5.9. Hekimlerin Muayene Etme Kalitesi

Tablo - 50: Hekimlerin muayene etme kalitesi

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	3	1,7	29	16,3
İyi	56	31,5	110	61,8
Fikrim yok	48	27,0	20	11,2
Kötü	52	29,2	14	7,9
Çok kötü	19	10,7	5	2,8
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablo incelendiğinde birleşmeden önce hekimlerin muayene etme kalitesi konusunda SSK hastanesinde hastaların % 33.2’si iyi olarak % 39.9’sı ise kötü olarak düşünülmektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oran % 78.1’e yükselmiştir. Böylece birleşmeden sonra hekimlerin muayene etme kalitesi ve gözlemlerinin arttığı gözlenmektedir.

3.2.5.10. Hekimlerin Hastayla İletişimi

Tablo - 51: Hekimlerin hastayla iletişimi

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	1	,6	30	16,9
İyi	59	33,1	104	58,4
Fikrim yok	54	30,3	19	10,7
Kötü	47	26,4	19	10,7
Çok kötü	17	9,6	6	3,4
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablodaki veriler incelendiğinde birleşmeden önce hastaların hekimlerin hastayla iletişimi konusundaki düşüncesinin %33.7’yle iyi ve %36’yla kötü olduğu gözlenmektedir. Fakat, birleşmeden sonra bu olumlu oran % 75.3’e yükselmiştir. Böylece hekimlerin hastayla olan iletişimlerinin önemli ölçüde arttığı görülmektedir. Böylece “ Hastane Birleşmesinin, hekimlerin hastayla iletişimini olumlu yönde etkilediği.” ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda doğrulanmıştır. Artık, hekimler hastalarla daha iyi iletişim kurabilmektedir. Hastaların beklentilerini rahatlıkla yerine getirmektedirler.

3.2.5.11. Hekimlerin Yeterli Bilgi Vermesi

Tablo - 52: Hekimlerin yeterli bilgi vermesi

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	6	3,4	36	20,2
İyi	78	43,8	91	51,1
Fikrim yok	47	26,4	21	11,8
Kötü	35	19,7	25	14,0
Çok kötü	12	6,7	5	2,8
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablodaki veriler incelendiğinde birleşmeden önce hastaların hekimlerin yeterli bilgi vermesi konusunun % 47,2'si iyi ve % 26,4'le kötü olduğunu düşünmektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oranın % 71,2'ye yükseldiği görülmektedir. Böylece hekimlerin artık hastaya veya hasta yakınlarına yeterli bilgi verdiği ortaya çıkmıştır.

3.2.5.12. Hemşirelerin Güler Yüzlülüğü

Tablo - 53: Hemşirelerin güler yüzlülüğü

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	6	3,4	28	15,7
İyi	69	38,8	101	56,7
Fikrim yok	43	26,2	21	11,8
Kötü	45	25,3	25	14,0
Çok kötü	15	8,4	3	1,7
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablodaki veriler incelendiğinde birleşmeden önce hemşirelerin güler yüzlülüğü konusunda hastaların % 42,2'si iyi, % 33,7'yle kötü düşünmektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oranın % 72,4'e yükseldiği görülmektedir. Böylece birleşmeden sonra hemşirelerin gerek hastaya gerekse hasta yakınlarına güler yüzlü davrandıkları ortaya çıkmıştır.

3.2.5.13. Hemşirelerin Sağlık Bilgi Düzeyi

Tablo - 54: Hemşirelerin sağlık bilgi düzeyi

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	6	3,4	21	11,8
İyi	70	39,3	110	61,8
Fikrim yok	59	33,1	25	14,0
Kötü	33	18,5	21	11,8
Çok kötü	10	5,6	1	,6
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablodaki veriler incelendiğinde birleşmeden önce bu konuda hastaların % 42.7'si iyi, % 24.1'le kötü olduğunu düşünmektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oranın % 73.6'ya yükseldiği görülmektedir. Böylece birleşmeden sonra hemşirelerin yeterli bilgi sahibi olduğu ortaya çıkmıştır. Ama tabloya bakıldığında birleşme öncesinde oran az da olsa gene hemşirelerin yeterli düzeyde sağlıkla ilgili bilgi sahibi olduğu görülmektedir.

3.2.5.14. Hemşirelerin Hastalara Karşı İlgisi

Tablo - 55: Hemşirelerin hastalara karşı ilgisi

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	6	3,4	26	14,6
İyi	66	37,1	107	60,1
Fikrim yok	48	27,0	19	10,7
Kötü	44	24,7	25	14,0
Çok kötü	14	7,9	1	,6
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablodaki veriler incelendiğinde birleşmeden önce hastalar açısından hemşirelerin hastalara karşı ilgisi % 40.5'le iyi iken % 32.6'yla kötü olduğu gözlenmektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oranın % 74.7'ye yükseldiği görülmektedir. Böylece birleşmeden sonra hemşirelerin gerek hastaya gerekse hasta yakınlarına karşı ilgisinin arttığı ortaya çıkmıştır.

3.2.5.15. Diğer Personelin Güler Yüzlülüğü

Tablo - 56: Diğer personelin güler yüzlülüğü

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	9	5,1	30	16,9
İyi	55	30,9	116	65,2
Fikrim yok	66	37,1	21	11,8
Kötü	39	21,9	10	5,6
Çok kötü	9	5,1	1	,6
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tabloya bakıldığında birleşmeden önce hastalar açısından diğer personelin güler yüzlülüğü konusunda, SSK hastanesindeki hastaların % 36'sı iyi ve % 27'si kötü olduğunu söylemektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oran % 82.1'e yükselmiştir. Böylece birleşmeden sonra diğer personelin gerek hastaya gerekse hasta yakınlarına güler yüzlü davrandıkları ortaya çıkmıştır.

3.2.5.16. Diğer Personelin Hastalara Karşı İlgisi

Tablo - 57: Diğer personelin hastalara karşı ilgisi

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	6	3,4	30	16,9
İyi	58	32,6	118	66,3
Fikrim yok	66	37,1	20	11,2
Kötü	38	21,3	9	5,1
Çok kötü	10	5,6	1	,6
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablo incelendiğinde birleşmeden önce diğer personelin hastalara karşı ilgisinde hastaların düşüncesine bakıldığında SSK hastanesindeki hastaların % 36'sı iyi ve % 26,9'sı kötü olduğunu düşünmektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oran % 83,2'ye yükselmiştir. Böylece birleşmeden sonra diğer personelin gerek hastaya gerekse hasta yakınlarına karşı ilgisinin arttığı ortaya çıkmıştır. Buda diğer personelin artık kendisini geliştirdiğini göstermektedir.

3.2.5.17. Yatış İşlemlerinin Kolaylığı

Tablo - 58: Yatış işlemlerinin kolaylığı

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	2	1,1	67	37,6
İyi	39	21,9	92	51,7
Fikrim yok	59	33,1	14	7,9
Kötü	65	36,5	5	2,8
Çok kötü	13	7,3	0	0
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tabloya bakıldığında birleşmeden önce yatış işlemlerinin % 23 oranının da hastalar için iyi iken % 43.8 oranında kötü olduğu görülmektedir. Fakat birleşmeden sona yatış işlemlerinde artık kolaylık sağlanmış ve bu oranın % 89,3'e yükseldiği görülmüştür.

3.2.5.18. Hasta Odalarının Temizliği

Tablo - 59: Hasta odalarının temizliği

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	6	3,4	53	29,8
İyi	55	30,9	100	56,2
Fikrim yok	55	30,9	15	8,4
Kötü	54	30,3	10	5,6
Çok kötü	8	4,5	0	0
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tabloya bakıldığında birleşmeden önce hasta odalarının temizliğinde hastaların düşüncesinin % 34.3 oranının da iyi iken % 34.8 oranında kötü olduğu görülmektedir. Fakat birleşmeden sonra hasta odalarının temizliğine daha çok özen gösterilmiş ve bu oran % 86'ya yükselmiştir.

3.2.5.19. Odalardaki Hasta Sayısı

Tablo - 60: Odalardaki hasta sayısı

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	2	1,1	41	23,0
İyi	39	21,9	96	53,9
Fikrim yok	53	29,8	18	10,1
Kötü	68	38,2	18	10,1
Çok kötü	16	9,0	5	2,8
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tabloya bakıldığında birleşmeden önce odalardaki hasta sayısında hastaların düşüncesi % 23 oranının da iyi iken % 47,2'yle kötü olduğu görünmektedir. Fakat birleşmeden sonra hasta odalarında ki hasta sayılarında da azalma olduğu görülmüş ve bu oran % 76,9'a yükselmiştir.

3.2.5.20. İlaçların Temini

Tablo - 61: İlaçların temini

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	3	1,7	56	31,5
İyi	46	25,8	101	56,7
Fikrim yok	51	28,7	14	7,9
Kötü	58	32,6	6	3,4
Çok kötü	20	11,2	1	,6
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablodaki veriler göz önüne alındığında birleşmeden önce ilaçların temini konusunda hastaların % 27,5'i iyi olarak düşünürken % 43,8'i kötü düşünmektedir. Bu da birleşmeden önce SSK Hastanesinde ilaç temini konusunda çok fazla sıkıntı yaşandığını göstermektedir. Fakat birleşmeden sonra bu oranın % 88,2 gibi olumlu bir şekilde arttığı gözlenmiştir. Böylece hastalar daha kolay ilaçlarını temin etmektedir.

3.2.5.21. Odaların Isı ve Havalandırma Sistemi

Tablo - 62: Odaların ısı ve havalandırma sistemi

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	4	2,2	44	24,7
İyi	64	36,0	97	54,5
Fikrim yok	53	29,8	18	10,1
Kötü	47	26,4	16	9,0
Çok kötü	10	5,6	3	1,7
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tabloya bakıldığında birleşmeden önce odaların ısı ve havalandırma sisteminin % 38.2 oranında iyi ve % 32'yle kötü olduğunu düşünen hastalar birleşmeden sonra bu hasta odalarında ki ısı ve havalandırma sistemlerinin % 79,2'ye yükseldiğini düşünmektedir. Buradan da anlaşıldığı gibi birleşmeden sonra odaların ısı ve havalandırma sistemlerine gereken önemin verildiği görülmektedir.

3.2.5.22. Hasta Haklarına Saygı

Tablo - 63: Hasta haklarına saygı

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	3	1,7	39	21,9
İyi	64	36,0	108	60,7
Fikrim yok	49	27,5	18	10,1
Kötü	53	29,8	12	6,7
Çok kötü	9	5,1	1	,6
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tablo incelendiğinde Birleşmeden önce hasta haklarına saygı konusunda SSK Hastanesindeki hastaların % 37,7'yle iyi ve % 34,9'u kötü olduğunu düşünmektedir. Fakat birleşmeden sonra bu olumlu oran % 82,6'ya yükselmiştir. Böylece birleşmeden sonra hastane kurumunca hastalara gerekli tüm hakların sağlandığı görülmektedir. Ayrıca hastalar için hastanelerde hasta hakları adı altında bir birimde yer almaktadır.

3.2.5.23. Sağlık Kurumunun Toplam Hizmet Kalitesi

Tablo - 64: Sağlık kurumunun toplam hizmet kalitesi

	Birleşmeden Önce		Birleşmeden Sonra	
	Kişi	Yüzde	Kişi	Yüzde
Çok iyi	2	1,1	38	21,3
İyi	73	41,0	116	65,2
Fikrim yok	50	28,1	16	9,0
Kötü	44	24,7	5	2,8
Çok kötü	9	5,1	3	1,7
Toplam	178	100,0	178	100,0

Tabloya bakıldığında birleşmeden önce sağlık kurumunun toplam hizmet kalitesinin hastalar için % 42,1 oranında iyi ve % 29,8 oranında kötü olduğu görülmektedir. Fakat birleşmeden sonra sağlık kurumunun toplam hizmet kalitesinin olumlu bir şekilde arttığı görülmüş ve bu oran % 86,5'e yükselmiştir.

Hastalarla ilgili yapılan anket çalışmasına baktığımızda; hastalar birleşmeden önce (2004 yılı öncesi) SSK hastanesinde birçok sıkıntı ve zorlukla karşılaşmışlar. Ama yaşanan bu birleşmeden sonra hastaların; hastanelerden, hekimlerden, hemşirelerden ve diğer çalışan personelden olan beklentileri artık gerçekleşmeye başlamış ve böylece hasta memnuniyet düzeyinde önemli ölçüde artışlar gözlenmiştir.

3.3. Hastane Birleşmeleri Sonucu Ortaya Çıkan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavi ve bakımlarının yapıldığı, genel sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kurumlarıdır. Bu kurumlarda verimliliğin esas alınması, kıt kaynakların daha etkin kullanımını mümkün kılmaktadır. Kaynakların etkin kullanımı, ülke ekonomisine katkı da bulunacaktır. Çünkü, kaynak kullanımında etkinlik, israfı önleyen büyük bir etkidir. Sadece israfı önlemek yanında ülkede yaşayan her bireyin temel yaşam hakkı olan sağlıklı olabilmesi için gerekli hizmeti eşit verebilmeyi sağlar.

Hastanelerin daha kaliteli hizmeti, daha az maliyetle verilebilmesi tıbbi alanda oluşan değişme ve gelişmelere uyum sağlanmasıyla mümkün olabilmektedir. Hastanelerin yönetimi, verimli hale getirilmesi, etkin sağlık hizmeti sunabilmesi,

hem çalışan hem de hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi için hastanecilik hizmetlerin çağın gereklerine uygun olarak işletilmesi gerekir.

Ülkemizde özellikle yataklı tedavi hizmetlerinde rahatsız edecek boyutlarda yönetsel anlamda çok başlılık vardı. Hatta sadece yönetsel anlamda çok başlılık değil, vatandaşların hizmet aldığı kurumlarda önemli kısıtlamalar bulunmaktaydı. Her vatandaş devlete ait olmasına rağmen istediği hastaneden hizmet alamamaktaydı.

Sosyal güvenlik sistemi içerisinde sadece Sosyal Sigortalar Kurumu kendi hastanelerini oluşturmuş ve kendi birim mensuplarına hizmet veriyorlardı. Devlet hastaneleriyse Emekli Sandığı ve Bağ-Kur mensuplarıyla birlikte bütün vatandaşlara hizmet veriyorlardı. Üniversite hastaneleriyse kendi mensuplarıyla birlikte sözleşmeli olarak diğer kurum mensuplarına ve özel hastalara hizmet vermektedirler. Hastaneler arasındaki bu bölünme hem ellerindeki alet-edevat ve imkânların etkin kullanımını önüyor hem de vatandaşlar arasındaki ayırım rahatsızlık veriyordu. Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi ve etkin hizmet vermeleri yani kaynakların optimal kullanımı için birleştirilmeleri kaçınılmaz gözükmüyordu.

İlk önceleri sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufunu, hizmette etkinliği ve verimliliği sağlamak için Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensubu, aktif devlet memuru ve yeşil kart sahibi hastaların Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı sağlık tesislerinde, Sosyal Sigortalar Kurumunun sağlık yardımlarından yararlanan hastaların ise Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde muayene, tetkik, tahlil ve tedavilerinin sağlanması amacıyla, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında bir protokol düzenlenmiştir.

Sağlık politikalarının uygulanmasında sürekliliğin sağlanamaması, alınan kararların ve çıkarılan yasaların zamanında uygulamaya geçirilememesi sağlık hizmetlerinin gelişmesinde engelleyici bir faktör olmuştur.

Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli olmamasına ilaveten, kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, makine ve teçhizat eksiklikleri ve istihdam politikasındaki yanlışlıklardan dolayı eldeki mevcut kaynaklar da etkili kullanılamamaktadır. Bazı yerlerde kapasite yetersiz kalırken, bazı yerlerde de atıl kapasite söz konusu olmaktadır.

“ Temel sağlık hizmetleri ülke ihtiyaına cevap verecek şekilde yeterince geliştirilememiş, 224 sayılı Kanunla getirilen düzenleme kırsal alanda sağlık evleri ve sağlık ocaklarında insan gücü ve donanım ihtiyaının yeterince karşılanamaması nedeniyle uygulamada yetersiz kalmış, hızlı nüfus artışı ve gler nedeniyle kalabalıklaşan kentlerde çeşitlenen sağlık sorunlarının giderilmesine yönelik örgütlenme oluşturulamamıştır. Diğer taraftan, birinci basamakta dar bölgede çok yönlü sağlık hizmeti verme anlayışına rağmen, gerek Sağlık Bakanlığı gerekse diğer kamu kuruluşlarında aynı amaca yönelik sağlık hizmeti birimleri kurulmuştur. Bunun sonucu olarak entegre hizmet sunumu gerçekleştirilememiştir ” (T.C. Sağlık Bakanlığı; 20 şubat 2008).

Birinci basamaktan başlayarak referans hastanelerine kadar uzanan ve bütün hizmet kademelerini kapsayan etkili bir hasta sevk sistemi kurulamamıştır. Bu durum hizmet talebinin yanlış yerlere yönelmesine, hasta dolaşımının artmasına, kent merkezlerinde ve özellikle büyük hastanelerde aşırı yığılmalara, sağlık insan gücünün büyük merkezlerde toplanmasına ve birim maliyetlerin gereksiz yere artmasına neden olmuştur.

Yataklı tedavi kurumlarının ağdaş işletmecilik esaslarına göre verimli ve etkili bir şekilde yönetilmemesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayamaması, rekabete açık olmaması, idari ve mali özerkliğe sahip kuruluşlara dnştrlememiş olması, bu kuruluşlardan beklenen faydanın elde edilmemesine yol açmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı; 22 şubat 2008).

Sağlık insan gücünün görev tanımlarının kesin olarak yapılmamış olması, ağdaş denetim tekniklerinin ve hizmet içi eğitime yönelik denetimin eksikliği, personel atamalarında liyakat ve kariyer sistemi uygulanmasının yeterince olmaması, hekimlerin kamu sağlık kuruluşlarında tam süre çalışmamaları hizmetin verimliliğini ve maliyetini olumsuz yönde etkilemektedir.

Ayrıca hizmet kademeleri arasında doğru ve hızlı bilgi alış hızının yetersizliği yönetimlerin sağlıklı karar almalarını olumsuz yönde etkilemektedir. Sonuçta, hastanelerin tek çatı altında birleşmeleri yoluna gidilmiştir. Birleşme 01.01.2004 tarihli protokol ile gerçekleşmiştir.

Birleşmeden önce ve sonra sağlıkta insan gücü sayısında önemli gelişmelere rağmen istihdam ve yurt düzeyinde dağılımı ile ilgili sorunlar devam etmektedir. Bazı tıp dallarındaki uzman hekimler açığı kapatılamamıştır. Konunun daha iyi anlaşılabilmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı Konya Numune Hastanesi ve Sosyal Sigortalara bağlı Konya SSK Hastanesi'nin birleştirilmesi sırasında yaşanan belli başlı sorunların neler olduğu aşağıda ele alınmıştır.

- **Yer Sıkıntısı (mekan)** : Devlet hastanelerinde öteden beri yetersiz olan alt yapı ve polikliniklerde sıkıntılar yaşanmaktadır.

- **Eczane** : SSK'ya bağlı hastaların ilaçları SSK hastanelerinde kendi eczanelerinden hastalarına verilmekteydi. Eczanede bulunmayan ilaçların benzeri – yaklaştığı verilir veya verilmeden hastalara kendi imkanlarıyla almaları söylenirdi. Bazen hastalar bir ilaç alabilmek için saatlerce sıra beklemek zorunda kalırdı. Bu sistem, ortak protokolden sonra Sağlık Bakanlığı'na bağlı büyük hastanelerde de SSK eczanelerinin açılması sağlandı. Aynı işlemler buralarda da yapılmaya başlandı. Küçük hastanelerde de böyle imkanlar olmadığından dolayı SSK hastaları yazılan reçeteyi alabilmek için uzunca bir yol kat ederek eczanesi bulunan hastanelere gidip ilaçlarını almaya çalışıyorlardı veya alamayanlar dışarıdan kendi imkanlarıyla sağlıyordu.

- **Personel Yetersizliği** : İşlemlerin yapılabilmesi için yeterli personele ihtiyaç vardır. Muayene, tetkik, tedavi ve ameliyatlara personel yetersizliğinden dolayı yapılamamaktaydı.

- **Resmi Prosedürler** : SSK hastalarının muayene, tetkik, tedavi ve ilaç alımlarında ayrıca istirahatlarında uygulanan prosedürlerle 657'ye tabii devlet memurları arasındaki prosedürlerde çok farklılıklar görülmektedir.

- **Alınan Randevu**: Hastanelerde muayene olmak için telesekreter yoluyla alınmaya çalışılan randevu neticesinde hastaların doktora ulaşmasında sıkıntılar yaşanmaktaydı.

Sağlıkta hastane birleştirilmesiyle birlikte önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Yapılan düzenlemelerle birlikte;

- Poliklinikler çoğaldı.
- 4B sözleşmesi gündeme gelerek sağlık personeli alındı.
- Hekim seçme hakkı uygulanmaya başladı.
- SSK'lılar ilaçlarını dışarıdan alabildiler.
- Hasta hakları birimi kurularak hastaların şikayetlerini iletebileceği yerler oluşturuldu

• Hizmet alımı yoluyla tetkik ve tedavinin tüm hastanelerde yapılması sağlandı.

• Tomografi, mamografi, MR gibi tetkiklerde uzun süre sıra verilmesinin önüne geçildi. Günü birlik veya bir gün arayla çekildi.

- Hastalar sevksiz tüm hastanelerden yararlanabilir hale geldi.
- Yeşil kart hastalarının ilaçları dışarıdan temin edilmeye başlandı.
- Özürlü hastaların tedavileri için yenilikler getirildi.
- Hastaya olan bakış açısı değiştirildi.
- 24 saat gönüllü sağlık hizmeti verilmeye başlandı.
- Belgelendirilmiş kalite sistemleri ön planda yer aldı.

Hastane birleşmeleri ile ilgili hazırlanan yasal düzenlemelerle birlikte mevcut sistemde bir takım değişiklikler yaşanmıştır. Yasal düzenlemelere bağlı olarak ortaya çıkan sonuçları şu şekilde ele alabiliriz ('Sanal'', 2007:1-10).

• Sistem tam anlamıyla tek bir bakanlığa (Sağlık Bakanlığı) bağlı bir devlet kurumu haline getirilmektedir.

• Sosyal sigortalarda haklarda kısıtlamalar, yükümlülüklerde artışlar yapılmıştır.

• Sağlık sigortasında koruyucu hekimliğin (aile hekimliği de dahil) yükü sigortalıların üzerine yüklenmektedir.

- Sağlık sigortasında özel sektörden hizmet satın alımının önü açılmaktadır.

- Sosyal yardım ve sosyal hizmet sisteminde gönüllü kuruluşlardan ve özel sektörden hizmet satın alma uygulamasına geçilmektedir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığına politikalar geliştiren, standartlar koyan, izleyen ve denetleyen bir konumda, ülkemizin sağlığa ayırdığı kaynakları etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlayacak, bu yolda yönlendirmeler yapacak bir vizyon sunmaktadır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılmasını önermekte ve bakanlığın planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacağını belirtmektedir. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasada tanımlandığı şekliyle, devletin sağlık sektörünü "tek elden planlama" görevini daha etkili olarak yerine getirecektir. Programın bu bileşeni, modern kamu yönetimi anlayışının bir yansıması olarak etkili ve katılımcı yönetimi gerçekleştirmeyi hedeflemektedir.” (Akdağ, 2008: 64)

“Sağlık Bakanlığını tasarlanan konumuna getirmek üzere başta "Bakanlık Teşkilat Yasa Taslağı" olmak üzere yasal çalışmalar yapılırken, mevcut mevzuat yapısı içinde bir dizi adımlar da atılmıştır. Yerinden yönetimi teşvik edici uygulamalar hayata geçirilmiştir: Eczane açılıp kapatılma ve ruhsat işlemleri yetkisinin, kontrole tabi müstahzarların satış ve tüketim hareketlerinin takibinin, sağlık ocağı veya semt polikliniği açılması, mesai sonrası çalışma uygulamalarının devamı veya kaldırılması kararları ile il içi personel atamalarının il yönetimlerine devredilmesi, döner sermaye işletmelerinin sağlık hizmeti satın almasının serbest bırakılması, sağlık çalışanlarının performansına göre ödüllendirmesi, döner sermaye ita amiri harcama yetkilerinin yükseltilmesi gibi bir çok uygulama programın ruhuna uygun biçimde geliştirilmektedir.” (Akdağ, 2008: 64)

Sağlık hizmetleri sunumunun yeniden yapılandırılması, iki alt bileşene sahiptir. Bunlar;

a) Poliklinik hizmetleri veya birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için model olarak aile hekimliğinin kabul edilmesi,

b) Daha fazla özerklik yönünde Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin birleştirilmesi ve sistem hiyerarşisinin yeniden güçlendirilerek bütün hastaların istedikleri hastaneye gidebilmesidir. (T.C. Maliye Bakanlığı, 2007:26532)

a) Poliklinik hizmetleri veya birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için model olarak aile hekimliğinin kabul edilmesi: Sağlık hizmetleri sunumu, ülkemizde, 12.01.1961 tarihinden itibaren devletin öncelikli görevi arasında kabul edilmiş, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri tek merkezden yürütülmeye başlanmıştır. Yönelim olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine dayalı bir model benimsenmiştir.

Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı bünyesinde SSK’dan devralınanlar hariç birinci basamak sağlık hizmetleri 5936 sağlık ocağı, 299 ana çocuk sağlığı merkezi, 272 verem savaş dispanseri, 11.740 sağlık evi; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri 668 hastane tarafından gerçekleştirilmektedir (Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı,2004: 18-21).

Yaklaşık 20 ilde aile hekimliği pilot uygulamasına başlanılmıştır. Bir kaç yıl içerisinde tüm ülkede aile hekimliğine geçilmesi planlanmaktadır.

b) Daha fazla özerklik yönünde Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin birleştirilmesi ve sistem hiyerarşisinin yeniden güçlendirilerek bütün hastaların istedikleri hastaneye gidebilmesidir: Sağlık hizmetlerinde sevk kavramı ile sağlık kurumlarına gereksinimlerinden dolayı müracaat eden bireylere temel düzeyde hizmet sunan birinci basamak kurumlardan, daha karma ve kompleks hizmet sunan ikinci ve ihtiyaç halinde üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirilmesi ifade edilmektedir.

26.12.2003 tarihli 24104 sayılı genelgeyle Sağlık Bakanlığı ve SSK arasında yapılan protokolle 01.01.2004 tarihinden itibaren hastaneler ortak kullanıma açılmıştır.

Hastane birleşmesinin insanlar açısından öneminin ölçülmesi için Konya’da yapılan anket çalışması iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama sağlık çalışanlarına uygulanırken, ikinci aşama SSK’ya bağlı olan hastalara uygulanmaktadır.

Hastanelerin tek çatı olarak Sağlık Bakanlığı'nda birleşmeleri sonucunda önemli oranlarda hasta memnuniyeti artmıştır. Tablo – 29'da da bu görülmektedir. Bu memnuniyetin birkaç önemli ayağı vardır. Bunlardan en önemlisi hastanelerin güçlenmesi, harcama yapabilmelerinin önündeki engellerin esnetilmesi sonucu gerek tıbbi gerekse otelcilik hizmetlerinde gözle görünür pozitif değişimler olmuştur. Yine önemli bir gelişim ise, sağlık mevzuatı çok hızlı bir şekilde elden geçirilmiş önemli çağdaş ve uygulanabilir hale getirilmiştir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile özellikle hekimleri hastanede daha fazla kalır hale getirilmiş, daha çok hastayla karşılaşması sağlanmıştır. Böylece hasta memnuniyeti ve sağlık bakım kalitesinde çığırda belli oranda yükselmiştir.

Hastane birleşmesinden sonra hastaların önem verdiği konulardan biride polikliniklerin temizliği olmaktadır. Burada hastaların % 81,5'i polikliniklerin temiz olduğunu söylemektedir. Bu da tablo – 47'de gösterilmiştir. Diğer bir husus ise, hastaların birleşmeden önce ilaçların temininde sıkıntı çekmeleri konusuydu. Ama birleşmeden sonra hastaların % 88,2'si ilaç temininin artık kolaylaştığını söylemektedir. Bunu tablo – 61 doğrulamaktadır. Ayrıca; birleşmeden sonra hasta haklarına saygıda artmıştır. Hastaların % 82,6'sı bunu doğrulamaktadır. Bu da tablo – 63'de yer almaktadır. Bununla beraber birleşmeden sonra sağlık kurumunun toplam hizmet kalitesinde de % 86,5 oranında artış olduğu tablo – 64 'de gösterilmiştir.

Ayrıca, sağlık personelinin maddi kazanımı da % 34,8 oranında arttığı tablo – 28 görülmektedir. Bunun yanında Sağlık çalışanlarının % 96,3'ü bireysel iş yükünün arttığını düşünmektedir. (Tablo – 25)

Bu kapsamda sonuç olarak denebilir ki, hastanelerin tek çatı altına alınarak tek elden Sağlık Bakanlığınca yönetilmesi bir çok artı değer kazandırmıştır. Hem sağlık politikalarının koordineli yürütülmesinde, ortak uygulamaların yaygınlığında, hastane yönetimlerinin daha güçlü kılınarak etkili hizmet sunumunun gerçekleştirilmesinde tek çatı sistemi başarılı olmuştur. Çok bariz bir şekilde hasta memnuniyetini arttırırken, performansa dayalı ek ödeme de çalışan sağlık personelinin memnuniyetini olumlu yönde etkilemiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının bir arada toplanarak Sosyal Güvenlik Kurumunu oluşturma, finansman açısından da çok başlılığı azaltmıştır.

SONUÇ

İnsanlar hayatlarının bazı dönemlerinde sosyal-ekonomik nedenlerle ya da yaşlanma, sakatlanma gibi fiziksel nedenlerle geçici veya sürekli bir şekilde gelirlerini kaybedebilir ya da hastalanabilirler. Karşılaştıkları bu olumsuz durumlarla bireysel olarak baş etmeleri mümkün olmayabilir. Sosyal güvenlik sistemlerinin temel amacı böyle zor dönemlerde insanları yoksulluk ve yoksunluk riskine karşı korumaktır. Bir diğer ifadeyle, sosyal güvenlik sistemleri toplumun zor durumda olan bireylerine yardım etmeyi daha iyi durumda olan kişilerin vicdanına bırakmayarak toplumsal dayanışmayı kurumsal hale getirir ve vatandaşlara sosyal güvenliği bir hak olarak sunar.

Ülkemizde; çalışma ilişkisine dayalı üç sosyal güvenlik kurumu vardır: Bunlar bir işveren emrinde çalışanlar için Sosyal Sigortalar Kurumu, işveren ve kendi nam ve hesabına çalışanlar için Bağ-Kur ve memurlara yönelik olarak Emekli Sandığı'dır. Bu üç sosyal güvenlik kurumu şimdi tek çatı altında altın da toplanarak tek kurum olarak işlem görmektedir.

Sağlık hizmetleri ise, insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına, çevreyle uyum halinde yaşamalarına etki eden tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin sürdürülmesi insanların sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmesine yardımcı olacaktır. Bir ülkede nüfusun sağlıklı insanlardan oluşması ülkenin ekonomik yönden gelişmesi için en önemli unsurdur.

Sağlık hizmeti sunan tüm kişi ve kurumların topluma karşı önemli sorumlulukları vardır. Özellikle, sağlık kurumlarının birey ve toplum sağlığına olan sorumlulukları sağladıkları hizmet kalitesinin uygun sunulması ile değerlendirilmektedir. Kurumların bu anlayışla sundukları hizmetler, toplum açısından olduğu kadar sosyal açıdan da büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin alt yapısını en küçükten en büyüğe doğru; sağlık evleri, sağlık ocakları, kamu sağlığı merkezleri ve ayaktan tedavi birimleri, hastaneler oluşturur. Bu nedenle, sağlık hizmetinin verilmesinde hasta memnuniyetini etkileyen unsurların yanı sıra, hizmeti veren kurumların hizmeti alanların haklarına saygı duymaları en çok üzerinde durulan konudur.

Sağlık hizmetlerinin amacı; tüm toplumun sağlıklı olmasını sağlamaktır. Bu durumda toplumu oluşturan her bireyin isteklerini yerine getirmek, onların memnuniyet düzeylerini arttırmak ve onları etkilemek oldukça zordur. Sağlık kuruluşlarına gelen her türlü hastayı tedavi etmek amacıyla olan sağlık çalışanları, bu tedavi sürecini mümkün olduğunca hızlı ve verimli bir şekilde kullanması gerektiğinin bilincindedir.

Hastaneler ise, hasta ve yaralıların tedavi ve bakımlarının yapıldığı genel sağlık hizmetlerinin verildiği kamu kurumlarıdır. Bu tür kurumlar, ellerindeki kaynakları en verimli şekilde kullanmayı ve bu kaynaklara en düşük maliyetle ulaşmayı amaç edinmişlerdir.

Bunun yanında hastanelerin daha verimli çalışabilmesi, kurum içinde çalışan tüm personelin iyi bir eğitim almasına ve hastanelerin yeni bir işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi, birim hasta başına giderlerin minimize edilmesi ile mümkün olmaktadır.

Sağlık kurumlarının toplam hizmet kalitesinin sunumuna etki eden iki faktör söz konusudur. Bunlar; etkili bir yönetim anlayışı ve insan faktörleridir. Etkili bir yönetim anlayışı ekonomik kalkınma için son derece önemli bir etkidir.

Ekonomik kalkınmanın amacı insanlara daha kaliteli bir yaşam düzeyi sağlamak olduğu için, sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde gerçekleştirilmesi ekonomik kalkınmanın önemli bir basamağıdır. Diğer taraftan insanların ekonomik faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi aynı zamanda kalkınmanın önemli bir aracıdır.

Türkiye’de büyük bir sağlık reformu başlatılmıştır ve devam etmektedir. Başarısı farklı birtakım unsurlara dayanmaktadır. Bu unsurlar şunlardır:

- Genel olarak tüm toplumun ve özel olarak ise sağlık çalışanlarının motivasyonu ve katılımı,
- Sağlık Bakanlığınca reform sürecinin etkili yönetimi,
- Mevcut kaynakların etkin bir biçimde kullanılması,

- Özel hastanelerden Resmi Kurumlarında faydalanabilmesi
- Aile hekimliğine geçilmesi gibi reformlar yapılmıştır.

Diğer taraftan her önemli reform hareketinde olduğu gibi iki ana güçlkle karşılaşmıştır.

- Bireysel ve örgütsel tutuculuk
- Karşılanamayan beklentiler

01.01.2004 tarihli birleşme protokolü ile Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Türkiye’de sağlık alanında büyük bir devrim yapmıştır.

Sağlık Bakanlığı gibi çok büyük ve çok eski bir örgütte değişime direnç kaçınılmazdır ve dikkatli bir şekilde yönetilmelidir. Değişim, birçok birey ve birim için oldukça tehditkar olabilmektedir. Sürekli eğitim, müzakere, katılım ve danışmanlık şu ana kadar oldukça etkili olduğu anlaşılmaktadır. Burada ki önemli bir unsur, reformun dışarıdan alınmadığı, tam tersine esas olarak Sağlık Bakanlığı elemanlarının kendileri tarafından tasarlandığı, yönetildiği ve uygulandığıdır. Birçok örnekte, proje faaliyetlerindeki en güçlü yandaşların ve destekleyicilerin İl Sağlık Müdürlükleri çalışanları olduğu görülmektedir.

Birleşmeyle birlikte vatandaşlarda tatmin edilemeyen beklentiler, projelerin erken safhalarında, ulaşımı zor ve genellikle de gerçekçi olmayan hedefler saptanmasından doğmaktadır. İnsanlar, çok sayıda ve aşırı beklentiler oluşturmuşsa; çıktılar somutlaşmaya başladığında yetersiz ve geç olarak algılanabilmektedir. Yetmiş üç milyon nüfus, 81 il, 200,000 çalışanı olan bir yapıda, etkili bir değişim, yavaş ve dikkatli olmalıdır.

Türkiye, vatandaşlarının daha sağlıklı ve uzun bir hayat sürdürmelerini sağlayacak sağlık hizmetlerini sunma imkanına sahiptir. Bu amaca ulaşmak, akılcı politikaların uygulanmasına ve kaynakların etkili kullanılmasına bağlıdır.

Ayrıca, sağlık hizmetlerinde, hizmeti verenlerle, hizmetini alan kişiler arasında en önemli etken güvendir. Hastanın kendini güvende hissedebilmesi için, gerekli koşulların sağlanması, sağlık hizmetlerinin amaçlarına uygun yapılması ve karşılıklı güven içinde yürütülmesi gerekir.

Hasta memnuniyetini "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlamıştır. Çağdaş, sürekli yenilenen ve standart bir sağlık hizmetinin sunumu hem çalışanların hem de hizmetten yararlananların memnuniyet düzeyini arttıracaktır.

Yapılan anket çalışmasıyla Numune hastanesi ve SSK hastanesinin birleşmesi sonucu ortaya çıkan sorunlar ve çözüm yolları bulunmaya çalışılmıştır. Bunun yanında bu birleşmeden hastaların, hasta yakınlarının, diğer sağlık personelinin, hemşirelerin ve doktorların memnuniyet derecesi ölçülmüştür.

Çalışma kapsamında yapılan araştırmadan elde edilen veriler sonucunda ortaya çıkan görüşler, bu memnuniyet derecesinin ölçülmesinde bize yardımcı olmuştur. Anket çalışmasının ilk aşaması olan sağlık çalışanlarına yapmış olduğumuz araştırma incelendiğinde, sağlık çalışanlarının bireysel iş yükü artarken aynı zamanda bireysel iş prosedürlerinde artmış olduğu görülmektedir. İlk zamanlarda yapılacak işlemler ve sağlık personelinin iş yükü belliyken, birleşme sonrasında meydana gelen hasta sayılarındaki artış sayesinde bu unsurlarda da büyük bir artış meydana gelmiştir. Buna bağlı olarak da sağlık çalışanlarının % 34,8'i maddi kazanımlarının arttığını belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının % 96,3'ü bireysel iş yükünün arttığını düşünmektedir. Buna karşılık % 50,5'i de iş memnuniyet düzeyinin artmadığını söylemektedir. Bunun yanında sağlık çalışanlarının % 53,2'si hasta memnuniyet düzeyinin arttığını söylemektedir.

Hastane birleşmesinden sonra hastaların önem verdiği konulardan biride polikliniklerin temizliği olmaktadır. Burada hastaların % 81,5'i polikliniklerin temiz olduğunu söylemektedir. Diğer bir husus ise, hastaların birleşmeden önce ilaçların temininde sıkıntı çekmeleri konusuydu. Ama birleşmeden sonra hastaların % 88,2'si ilaç temininin artık kolaylaştığını söylemektedir. Ayrıca; birleşmeden sonra hasta haklarına saygıda artmıştır. Hastaların % 82,6'sı bunu doğrulamaktadır.

İkinci aşama olarak SSK'ya bağlı hastalara yapılan anketi incelediğimizde, anket, 7 yıl ve daha uzun süredir SSK'lı olan hastalara yapılmaktadır ve bu

hastaların, birleşme öncesi SSK hastanesinin işleyişini ve orada gerçekleşen prosedürleri çok iyi bildiği görülmüştür. Birleşme öncesinde hastaların söylediklerine göre, SSK hastanesinde hasta kayıt işlemlerinde, polikliniklerin temizliğinde, yatış işlemlerinin kolaylığında ve hekimlerin hastayla iletişimi konusunda birçok zorluklar yaşanmıştır. Hekim seçme özgürlüğü, hastaların mahremiyetine saygı ve güvenlik konusunda çok fazla bir değişme olmamıştır. Aynı şekilde, hemşireler ve diğer sağlık personelinin hastayla olan iletişimi ve sağlık bilgi düzeyi konusunda da değişme yaşanmamıştır. Hasta odalarının temizliği, odaları paylaşan hastaların sayısı, odaların havalandırma sistemi ve ilaçların temini konusunda da bir kısım hastalar sıkıntı olduğunu söylerken bir kısmı da çok fazla değişiklik yaşamadığını söylemiştir. Hasta haklarına saygı ve sağlık kurumunun toplam hizmet kalitesinde bir değişme olmamıştır. Fakat, birleşme sonrasında (2004 yılı sonrasında) yaşanan sıkıntıların her konuda ortadan kalktığını ve gün geçtikçe daha iyiye gittiği ortadadır. Diğer unsurlar, 2004 yılı öncesiyle aynı şekilde değişmeden devam etmektedir. Bu da demektir ki, 2004 yılında gerçekleşen bu hastane birleşmesi hem sağlık çalışanları, hem de hastalar için yüksek bir memnuniyet oluşturduğu anketlerde anlaşılmıştır.

Böyle olmakla beraber ABD’de başlayan ve Avrupa’da uygulanmaya başlayan hasta hakları, 1998 yılından itibaren Türkiye’de çıkarılan bir yönetmelikle uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulamayla birlikte Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda hasta haklarına yönelik uygulamalar başlamıştır. Özellikle gerek personel gerekse hastalar hasta hakları konusunda bilgilendirilerek gerekli olan uygulanmanın kolaylaştırılması sağlanmıştır. Hasta haklarının uygulanması, hastaların daha kaliteli sağlık hizmeti almasını ve hastalığın bakım ve tedavisi esnasında kendisini üzecek, psikolojik olarak sıkıntıya sokacak bazı durumlardan koruyacaktır. Ayrıca, yapılan anketle birleşmeden sonra hastaların % 82,6’sı hasta haklarına saygının arttığını söylemektedir. Birleşmeden sonra hastane kurumunca hastalara gerekli tüm hakların sağlandığı görünmektedir. Böylece hasta haklarına saygı birleşmeden sonra daha çok önem kazanmıştır.

Bundan böyle Sağlık Bakanlığı, devamlı bir süreç halinde hastanelerin hizmet kalitesinin yükseltilmesi, verimliliklerinin artırılması ve sağlık giderlerinin minimizasyonu için gerekli tedbirleri alarak uygulamaktadır.

KAYNAKÇA

Akarsu, Rıdvan, **Türk İdari Yapısında Koordinasyon Eksikliği**,
www.google.com.tr ,12.02.2009

Akdağ, Recep, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ağustos 2008

Akkaya, Y, (2000), **Toplum ve Hekim**, Sosyal Güvenlik Tarihi Üzerine
Notlar

Aksu, Serkan, (26.02.2007), **Sistem Analizi ve Tasarımı Ders Notları**:
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi BYMO Öğr. Göv.- Sistem Kavramı. (Erişim)
[http:// bmyo.karaelmas.edu.tr / aksu/ aksusport / dersnotlari/ sa / 1 sistem kavramı
pdf .](http://bmyo.karaelmas.edu.tr/aksu/aksusport/dersnotlari/sa/1sistemkavrami.pdf)

Aksoy, Ramazan ve Bayramoğlu Vecdi, (2007), **Sağlık Hizmetlerinde
Kapasite Yönetimi ve Pazarlama Yönelimli Kapasite Yönetim Stratejileri**. (Erişim)
[http:// www.sabem.saglik.gov.tr/ kaynaklar/ 443.saglik hizmetlerinde
kapasite yönetimi.pdf.](http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/443.saglik_hizmetlerinde_kapasite_yonetimi.pdf)

Aktan, Işık, (18.04.07), **Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif
Yöntemler**. (Erişim): [http:// www.canaktan.org/ ekonomi/ saglik – degisim –
caginda / pdf – aktan / finansman – alternatif.pdf.](http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan-finansman-alternatif.pdf)

Akyel, C, (1996) **İşletme Yönetimi**, ODTÜ, Ankara

Alpugan, Oktay, (1995) Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler, **Ege
Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, c:111, Ankara

Alpugan, Oktay, **Genel Hastanelerin Kullanımı, Türkiye’de Uygulamada
Karşılaşılan Kimi Sorunlar ve Bu Sorunların Çözümlemesi**, Ege Üniversitesi
İşletme Fakültesi, Doçentlik Tezi, İzmir

Alpugan, Oktay, Demir M.Hulusi, Oktar Mete ve Üner Nurel (1987)
İşletme Ekonomisi ve Yönetimi, Beta Basım Yayın Dağıtım, İstanbul

Alan L., Sarkin, (1986) **Social Science and Medicine, Financing Health
Development Projects: Some Macro- Economic Considerations**,vol: 22, no: 3

Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, (2004), **2003 Yılı İstatistikleri**

Ardıç, Fatma, Baytemur Muharrem, Belek İlker, Bilaloğlu Eriş, Kılıç Bülent, Nalçacı Erhan, Onurhanoğulları Hazma ve Soyer Ata , (1992) **Sağlık “Reform Paketi” Neyin Peşinde?**, Yearbook of Medical Ethics XI, Ed: Terzioğlu, A. Ataç, A.İstanbul

Aşkar, Abdullah, (2006), **Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği**, Kütahya, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Aydiner, Yeşim, (2003), **Hastane Yönetimi ve Kalite Anlayışı: Kamu ve Özel Sektör Hastanelerinde Mukayeseli Bir Uygulama**, Araştırma, İstanbul Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Ataç, A. (2002), **Sağlık Kurumları Yönetimi Etiği ve Hasta Hakları**, Tıbbi Etik Yıllığı.

Belek, İlker, (2001), **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlık Ekonomisi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul

Beşer, F, (1988) **İslam’da Sosyal Güvenlik**, Seha Neşriyat 1.Bası, İstanbul

Bıyıklı, Hikmet, (2007), **Sağlık İşletmelerinin Kurumsal Birleşmelerinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Boşboğaoğlu, Uğur, (1999), Gaziantep’teki Kamusal ve Özel Kesimdeki İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi, **Verimlilik Dergisi**, Ankara

Can, Halil, Akgün, Ahmet ve Kavuncubaşı, Şahin, (2001), **Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara

Canpolat, Candan, (2002) **Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama**, Ankara, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sayısal Yöntemler Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Carr – Hill AR, (1992), **The Measurement of Patient Satisfaction**, **Journal of Public Health Medicine**, 14(3)

Chew, E. (1989), **Patient Satisfaction**. Nursing Times.

Çatalca, Huriye, (2003), **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, İstanbul, Beta Basımevi

Çakırer, Mehmet Akif, Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Ölçümü, (Erişim) [http:// www.skid.org.tr/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17&Itemid=26](http://www.skid.org.tr/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17&Itemid=26), 20.Şubat.2008

Costello, Brian G. Limbrick, Vaughan, (2002), **The Role of The Human Resource Manager as an od Practitioner**. Towle, Roy 8 Warner, Susan

Çerçi, Meral, (2003), **Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri, Müşteri Tatmini ve Kayseri Prof. Dr. Ferhan Özmen Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Çetinkaya, Fevziye, Öztürk Y. Ve Günay O., (1993), Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Yararlanmada Aile Reisi Eğitiminin Rolü, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C.2, Ankara

Dalbay, Özkan, (2002) **ISO- 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Kamu Hastanesi'nde Uygulamaya Yönelik Model Önerisi**, İstanbul, İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi

Demir, Cengiz ve Güzel, Berrin, (2003), **Konaklama İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi: İlkeler ve Uygulamalar**, s. 66

Demir, Hakan, (1998), **Marmara Üniversitesi Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Hizmetlerinden Duydukları Tatmin Düzeylerinin Ölçülmesi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

Dızman, Şakir, (1996), **Eğitim Amaçlı Hastanelerde Tedavi ve Bakım Maliyetlerini Etkileyen Faktörler**, Erzurum, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Demirel, Hüseyin, Işık Emine, Bora, Mine, Tuncel, Osman, Güzelgöz, (2004), T.C. Sağlık Bakanlığı, **Temel Sağlık Hizmetleri**

Devebakan, Nevzat, (2003), **Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü**, (Erişim), <http://www.kalder.org/genel/saglik%20isletmelerindeahkveolcumu.pdf>

Dinçer, Tevfik, Aloğlu E. Ve Şahin İ., (1995), Yatış Süresine ve Varyansına Etki Eden Faktörlerin Kontrol Edilebilirliği, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** C:111, Ankara

Doğanay, Pınar, (2008), **Kaizen- Sürekli İyileştirme İle Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi**, Ankara, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

DPT, VIII. **5 Yıllık Kalkınma Planı, Sosyal Güvenlik Sistemi Finansmanı Özel İhtisas Komisyonu Raporu**

DPT, (1982), **Beş Yıllık Kalkınma Planları, Hedefleri ve Stratejisi**, Ankara, DPT Yayınları

DPT, **2005 Yılı Programı**, Ankara 2004

DPT, **2006 Yılı Programı**, Ankara 2004

Engiz, Oğuz, (1997), **Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini**, İstanbul Hastane Yöneticiliği

Eren, Berna, (14.Mart.2009), **Hastane Hizmetlerinde Malzeme Yönetimi**, (Erişim): <http://www.merih.net/m1/wberner23.htm-59k>

Eren, Nevzat, (1985), **Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi**, Hatipoğlu Yayınları, Ankara

Eren, N. Kalaça, S. (1995), **Tıp Ahlakı, Halk Sağlığı Temel Bilgiler**, Ed: Bertan, M., Güler, Ç.: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara

Feldstein, P. (1979), **Health Care Economics, A VVilley Medical Publication**, New York

Feldstein, P. (1994), **Health Policy Issues**, AUPHA, Michigan

Fındıkçı, İlhami, (1999), **İnsan Kaynakları Yönetimi**, Alfa Yayınları, 1.Basım, İstanbul

Follond, S. And Goodman, A. Stano, M., (1997), **The Economics of Health and Health Care**, Prentice Hail, New Jersey

Genel Sağlık Sigortası, (2005), **Türk Tabipler Birliği Görüşleri**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Yenilenmiş II. Baskı, Nisan 2005

Güldal, Dilek, Şemin S. Ve Oğlak S. (2000), **Üçüncü Basamak Hastanelere Başvuru Nedenleri**, 3.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara

Güvercin, Cemal Hüseyin,(2000), **Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde Yeşil Kart Sahiplerinin Bazı Özellikleri Yeşil Kart Kullanımı ve Bunu Etkileyen Faktörler**, Bursa, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi

Güzel, A, Okur, A.R, (1999), **Sosyal Güvenlik Hukuku**, İstanbul, Beta Basım, 7.Basım

Hatun, Şükrü, **Hasta Hakları Hepimizin İhtiyacı**, (Erişim) http://www.saglik.tr.net/hasta_haklari_3shtml, 29.01.2006

Hayran, Osman, **Sağlık ve Hastalık Kavramları**, (Erişim) http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/687_1saglik_hastalikpdf., 01.03.2007

Hayran, Osman ve Sur, Haydar, (1997), **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul

Hayran, Osman ve Sur, Haydar, (1998), **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, İstanbul

İlaç ve Kimya İşverenleri Sendikası, (1995), **Faaliyet raporu**

İlhan, B.Beril, (2006), **Personel Planlaması ve Dağılımında Sağlık Grup Başkanlarının Rolü, İzmir İli Örneği**, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi

Jerome, H.Grossman, (1991), **Emerping Medical Quality Management Support Systems For Hospitals**, Health Care Quality Management For The 21st Century, Ed. Jomes B. Guch, Florida, Hillsbora Priting Company

Jiang, William Y. Ve Susskind, Alex M., (1997), **Human Resources Management: Challenges for the Hospitality and Tourism Industries**, Global Direction Cassell

Kalaça, Çağrı, (2001), **Karar Kimin? Tıbbi Girişimin Reddi Açısından Hastanın Karar Verme Yeterliliği**, Yeni Türkiye, Sağlık II S. 40

Karadağ, Zennure, (2007), **Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri / Hasta Memnuniyetine Etkisi**, Ankara, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Kardeş, Semra, (1994), **Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Hasta Tatmini**, I.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumunda Sunulan Bildiri, Aydın, Kuşadası, 4 – 7 Mayıs

Karafakıoğlu, Mehmet, (1998), **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, İstanbul, Dönence Basım

Kavuncubaşı, Şahin, (2000) **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara, Siyasal Kitapevi

Köksal, Adnan, (1997) **Hastane İşletmelerinde Kalite ve Verimliliğin Arttırılması İçin Bir Araç Olarak TKY Felsefesinden Yararlanma**, Trabzon, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Kurtulmuş, Sevgi, (1998), **Sağlık Ekonomisi Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul

K, Adnan, (1999), **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Usta Matbacılık Ltd. Şti., Ankara

Lipsoy,R. And G. Steiner, R.and Purvis D.D. (1987), **Economics**, Harper & Row Publishers, New York

Maral, I, (1995), **Toplum ve Hekim**, Yeşil Kart

Maturana, F.Shen W. Norrie D. H. Meta Marph: (1999), **An Adaptive Agent – Based Architecture for Intelligent Manufacturing**, International Journal of Production Research, Vol.37, No. 10

Menderes, Münevver, (1994), **Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz**, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 422, Eskişehir

Michael and Normand, Cichan Charles, (1994), World Health Forum, Between Beveridge and Bismarck – Options for Health Care Financing In Central and Eastern Europe, vol.15

Modern Hastaneler Nasıl Olmalı? www.arkitera.com.tr, 12.Şubat.2009

Mucuk, İsmet, (2001), **Pazarlama İlkeleri**, İstanbul, Türkmen Kitapevi

Mucuk, İsmet, (2003), **Temel İşletme Bilgileri**, Türkmen Kitabevi, İstanbul

Murray, C.J.L and Frenk, Julio, (2000), **A Framework for Assessing the Performance of Health Systems**. Bulletin of the World Health Organization,

Nakip, Mahir, (2003), **Pazarlama araştırması, Teknikler ve Uygulamaları**, Ankara, Seçkin Yayınları

Neun, S. and Sontere, R.E, (1996), **Health Economics**, Times Mirror Higher Education Group, Chicago

Orhaner, Emine, (2000), **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, Gazi Kitapevi, Ankara

Önal, Mehmet Ali, (2001), **Hasta Haklarında Mükemmeli Yakalama**, Yeni Türkiye, Sağlık II S. 40

Önertürk, Pınar, (1984) **Refah Devletlerinde Sağlık Hizmetleri**, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Yayın No:262, Ankara

Özbedel, İlker, (2002) **Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Uygulamalarının Davranışsal Boyutu- Banka Örneği**, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı İnsan Kaynakları Programı Yüksek Lisans Tezi

Özgüven, A., (1982), **İktisat Bilimine Giriş**, Filiz Kitapevi, İstanbul

Özkalp, Enver, (2002), **Davranış Bilimlerine Giriş**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayını

Özkul, Ali Ekrem, (2000), **Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir

Peker, Suat, (2000), **Hastanelerde Talep Tahmini ve Hastane Hizmetlerinin Planlanması, GATA Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama**, Ankara, T.C. Genelkurmay Başkanlığı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı Başkanlığı Yüksek Lisans Tezi

Robert, J. Maxwell, (1988), British Medical Journal, Financing **Health Care: Lessons From Abroad**, 21.Mayıs.1988

Sağlık Tanımı, (Erişim) [http:// www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr), 26.02.2007

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, (Erişim) [http:// www.istabiporg.tr/YASA/sosyalk.html](http://www.istabiporg.tr/YASA/sosyalk.html), 05.03.2007

Saltık, Ahmet, (1995), **Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar**, Toplum ve Hekim, Temmuz – Ağustos 1995, Cilt. 10, Sayı.68

Sargutan, A.Erdal, (1993), **Türk Sağlık Sektörünün Yapısı**, Ankara, Sağlık- İş Yayınları

Sargutan, A.Erdal, (1993), **Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi**, Ankara, Sağlık-İş Yayınları

Seçim, Hikmet, (1991), **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, Küre Ajans, İstanbul

Sert, Gürkan, (2004), **Uluslar arası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları**, Babil Yayınları, Yayın No.44, İstanbul, Eylül 2004

Seyran, Deniz, (2004) **Hizmet Kalitesi Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı**, İstanbul, Kalder Yayınları

Sevin, Dilek, (1999), Hastanelerde Bir Otelcilik Görevi Olarak Yiyecek – İçecek Hizmetlerinin Verimli Sunulması, **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayınları, Ankara

Somuelson, P. and William, N., (1996), **Economics**, Mc Grow Hill Inc.New York.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı, 2007

Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform, (12.Şubat.2007), Erişim: http://www.legalisplatform.net/ozel_dosyalar/Sosyal%20Güvenlik%20Sisteminde%20Reform.pdf

Sur, Haydar, **Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi**, (Erişimi) http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/628_2_saglik_hizm_gecmisi.pdf, 18.01.2007

Sur, Haydar, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, **Hastanelerde Kaynak İsrafi**, www.google.com.tr, 20.Şubat.2009

Sur, Haydar, H.Gürses, F.Aysel, (2001), **Hastanelerde Poliklinik Yüküne Alternatif; Sağlık Ocakları, Gelibolu Devlet Hastanesi ve Sağlık Ocakları Örneği**, 4.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul

Sütlaş, Mustafa, (2000), **Hasta ve Hasta Yakını Hakları**, Berdan Matbaası, İstanbul

Şahin, Ümit, **Ülkemiz Hastane İşletmeciliğinde Kalite: Sorunlar ve Öneriler**, (Erişim) [http:// www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/501_10.pdf](http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/501_10.pdf), 26.02.2007

Şahin, Ümit, **Hastane İşletmeciliğı**

Şahin, Ümit, **Hastanelerde İş gören Yönetimi**, (Erişim) www.google.com.tr, 07.Şubat.2009

Şener, N.F. (1994), **Önce İnsan**, 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı, Dokuz Eylül Üniversitesi

Taşdemir, Murat ve Ehliz Hatice, (2007), **İstanbul'daki Bazı Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi**, Poster Bildiriler, (Erişim) [http:// www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/318_V_%20 hastane_yonetimi_sempozyum_kitabi.pdf](http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/318_V_%20hastane_yonetimi_sempozyum_kitabi.pdf), 05.03.2007

Taştan, Seçil, (2001), **İnsan Kaynakları Yönetiminin Değişen Yüzü**, Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara

Tatar, F. (1996), **Toplum ve Hekim**, Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, Cilt. 11, Mart – Nisan 1996

Tatar, Mehtap, (1994), 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, **Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler**, Aydın, 4 – 7 Mayıs

Tatarlı, Nefiye, (2007), **Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama**, T.C. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Tavlan, Şerife, (2001), **Sağlık Sektöründe Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi**, Konya, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Tek, Ömer Baybars, (1999), **Pazarlama İlkeleri Global Yönetimsel Yaklaşım Türkiye Uygulamaları**, İstanbul, Beta Yayınları

Tengilimoğlu, Dilaver ve Nilgün Çıtak, (2003) **Yönetici ve Tıp Sekreterliği**, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 3.Bölüm

Tokalaş, Sevinç, (2006), **Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın alınması**, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Tokgöz, Turgut, (2006), **İlaçta 615 milyon \$ tasarruf**, Sabah Gazetesi Ekonomi Bölümü Köşe Yazısı, İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Genel Sekreteri

Top, Bülent, (2006), **Hasta Hakları Nerede?** (Erişim) <http://www.hayad.org.tr/content/view/154/27/>, 18.10.2006

Toraman, A. Ruhi, Demir C. Ve Güçlü A.K., (1997), **Bir Eğitim Hastanesinde Gereksiz Kullanımların Belirlenmesi, Sağlık Sektöründe Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara

Türk Eczacılar Birliği, (1995), **Avrupa Birliği ile Oluşturulacak Gümrük Birliği ve İlaç Sektörü Üzerindeki Etkileri**, Ankara

Türkiye'nin Hizmet Sektörü İhracatı ve Geliştirilmesine Yönelik Öneriler, (Erişim) [http:// www.igeme.org.tr/TUR/pratik/hizmet-san.pdf](http://www.igeme.org.tr/TUR/pratik/hizmet-san.pdf) , 20.02.2007

Türkiye’de Gereksiz İlaç Kullanımı, (Erişim) [http:// www.forum.kanka.net/archive/index.php/t-23857.html](http://www.forum.kanka.net/archive/index.php/t-23857.html) - 8k -, 12.Şubat.2009

Tütüncü, Özkan, (2001), **Yiyecek – İçecek İşletmelerinde Müşteri Tatmininin Ölçülmesi**, İstanbul, Turhan Kitabevi

T.C. Anayasası, (Erişim) [http:// www. tbmm.gov.tr](http://www.tbmm.gov.tr), 05.03.2007

T.C. Sağlık Bakanlığı, www.saglik.gov.tr, 25.Şubat.2008

- T.C.Çalışma Bakanlığı, www.calisma.gov.tr , 12.Şubat.2008
- T.C. Maliye Bakanlığı, **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ve Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği**, 25.Mayıs.2007
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004), **Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü**, Ankara
- T.C.Sağlık Bakanlığı, (2004), **80.Yılda Tedavi Hizmetleri (1923- 2003)** , Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004), **Hekim Seçme Uygulamaları**
- T.C.Sağlık Bakanlığı, (2004) Merkez Teşkilatı, **Mevcut Sorunlar ve Swot Analizi**, Haziran 2004
- T.C. Sağlık Bakanlığı, **SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanım Protokolü**, 01.Ocak. 2004
- T.C.Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta 80 Yıl**, Ankara 2000
- T.C.Sağlık Bakanlığı, **Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü**, Ankara 2004
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (1993), **Sağlık İstatistikleri**
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (1983), **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği**
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, Performans Denetim Raporu, **Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi**
- Uçkun, Nurullah, (1998), **Yeni Yatırım Kararlarının Alınmasında Maliyet Fayda Endeksinin Kamu Hastanelerinde Kullanımı ve Bir Uygulaması**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir
- Universal Declaration of Human Rights**, (Erişim) [http:// 193.194.138.190 / udhr / long / trk.htm](http://193.194.138.190/udhr/long/trk.htm), 05.03.2007
- Uzunkavak, Elçin, (2002), **Hastanelerde Uygulanan Kalite Yönetim Sistemleri ve Özel Hastaneler Üzerine Bir Durum Değerlendirme Araştırması**, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Davranış Bilimleri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Ünlü, Serpil, (2004), **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi-Hastanelerde Kalite Deyimleri**, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite Yönetimi Hizmetleri Şube Müdürlüğü

Victor R.Fuchs, **People of FSI Stanford**, (Erişim) <http://fsi.stanford.edu/people/victorrfuchs>, 05.02.2007

Werther, William B. Davis, Keith, (1996), **Human Resources and Personel Management**. Irwin McGraw – Hill: Fifth Edition, s.155

www.sureyyapasa.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=0-30k-, 22.10.2006

Yalçın, Pınar, (2004), **Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türk Sağlık Sistemi ve Avrupa Birliği Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması**, Ankara, Gazi Üniversitesi Hastane İşletmeciliği Sağlık Politikası Ders Projesi

Yalçın, Türkan ve Yıldırım Hasan Hüseyin, (26.02.2007), **Sağlık Sistemlerinin Performansını Değerlendirmede Bir Çerçeve**, (Erişim) http://www.absaglik.com/hhy_typersagsistem.pdf.

Yalçın, Türkan ve Yıldırım Hasan Hüseyin, **Sağlık Hizmetleri Finansmanı**, (Erişim) [http:// www.absaglik.com/hhy_saghizfin.pdf](http://www.absaglik.com/hhy_saghizfin.pdf), 10.Mart.2007

Yanık, Aygöl, (2000), **Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma**, yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ve Organizasyon Anabilim Dalı

Yerebakan, Metin, (2000), **Özel Hastaneler Araştırması**, ITO Yayınları, Yayın No: 26, İstanbul

10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesi, Van, 6 – 8 Eylül 2006

1982 Anayasası

EKLER

İyi günler Sayın Bay/Bayan;

Bildiği üzere Numune hastaneleri ile SSK hastanelerini 2004'te birleştirilmiştir. Hastanelerin birleşmeden önce ve sonraki durumunu araştırmak üzere aşağıda yer alan bilimsel çalışma yapılmaktadır. Ankette yer alan soruları cevaplandığınız takdirde yapılan bu çalışmaya büyük katkıda bulunmuş olacaksınız. Gösterdiğiniz ilgi için şimdiden teşekkür ederiz.

1. Bağlı bulunduğunuz sosyal güvenceniz hangisidir?

a) SSK b) Diğer:.....

Cevap “SSK” ise diğer soruları cevaplamaya devam ediniz.

2. Kaç yıldır sigortalısınız?

a) 0 – 6 ay b) 7 ay – 1 yıl c) 2 yıl – 6 yıl
d) 7 yıl – 12 yıl e) 13 yıl – sonrası

3. Kendiniz mi sigortalısınız/başkası üzerinden mi sağlık hizmetlerinden faydalaniyorsunuz?

a) Evet b) Hayır

4. Hangi sıklıkla bir sağlık kuruluşuna gidersiniz?

a) Çok sık b) Sık c) Seyrek d) Çok Seyrek e) Hiç

5- SSK hastanesine gitmediğiniz takdirde hangi hastaneye gidersiniz?

a) Devlet b) Özel, c) Üniversite d) Özel muayene

6. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devrine ait görüşünüzü belirtiniz.

a)Yerinde bir karar b)Bir şey değişmedi c)Daha kötü oldu
d)Diğer (Belirtiniz)

7- Eğer birleşmeden sonra SSK hastanesine gitmeyi düşünmüyorsanız niçin bu kararı aldınız?

- a) Muayeneler kötüleşti
- b) Servisler yetersiz hale geldi
- c) Doktorların hastaya tutumu değışti
- d) İşlemler ve bürokrasi arttı
- e) Diğer

8. Mesleğiniz.....

9. Eğitim Durumu

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite
- g) Lisansüstü

10. Yaş.....

11. Cinsiyet

- a) Kadın b)Erkek

12. Medeni Hal.....

Aşağıda Numune ve SSK hastanelerinin birleşmeden önceki ve sonraki durumlarını belirlemek üzere detaylı bir soru tablosu sunulmuştur.
Lütfen soruları kendinize göre cevaplandırınız.

		Çok iyi		İyi		Fikrim Yok		Kötü		Çok Kötü	
		Birleşme- den önce (2004)	Birleşme- den sonra	Birleşme- den önce (2004)	Birleşme- den sonra	Birleşme- den önce (2004)	Birleşme- den sonra	Birleşme- den önce (2004)	Birleşme- den sonra	Birleşme- den önce (2004)	Birleşme- den sonra
	HİZMETLER										
1	Hasta Kabul Hizmetleri(Bandrol)										
2	Muayene Bekleme Salonları										
3	Otomasyon (Bilgi-işlem)										
4	Yönlendirme Levhaları										
5	Güvenlik										
6	Polikliniklerin Temizliği										
7	Hekim Seçme Özgürlüğünü Kullanabilme										
8	Muayeneye Ayrılan Süre										
9	Hekimlerin Muayene Etme Kalitesi										
10	Hekimlerin Hastayla İletişimi										
11	Hekimlerin Yeterli Bilgi Vermesi										
12	Hemşirelerin Güler yüzlülüğü										

	HİZMETLER	Çok iyi		İyi		Fikrim Yok		Kötü		Çok Kötü	
		Birleşme- den önce (2004)	Birleşme- den sonra	Birleşme- den önce (2004)	Birleşme- den sonra	Birleşme- den önce (2004)	Birleşme- den sonra	Birleşme- den önce (2004)	Birleşme- den sonra	Birleşme- den önce (2004)	Birleşme- den sonra
13	Hemşirelerin Sağlık Bilgi Düzeyi										
14	Hemşirelerin Hastalara Karşı İlgisi										
15	Diğer Personelin Güler yüzlülüğü										
16	Diğer Personelin Hastalara Karşı İlgisi										
17	Yatış İşlemlerinin Kolaylığı										
18	Hasta Odalarının Temizliği										
19	Odalardaki Hasta Sayısı										
20	İlaçların Temini										
21	Odaların Isı ve Havalandırma Sistemi										
22	Hasta Haklarına Saygı										
23	Sağlık Kurumunun Toplam Hizmet Kalitesi										

İyi günler Sayın Bay/Bayan;

Bildiği üzere Numune hastaneleri ile SSK hastanelerini 2004'te birleştirilmiştir. Hastanelerin birleşmeden önce ve sonraki durumunu araştırmak üzere aşağıda yer alan bilimsel çalışma yapılmaktadır. Ankette yer alan soruları cevaplandırdığınız takdirde yapılan bu çalışmaya büyük katkıda bulunmuş olacaksınız. Gösterdiğiniz ilgi için şimdiden teşekkür ederiz.

		KESİNLİKLE ARTTI	ARTTI	DEĞİŞMEDİ	ARTMADI	KESİNLİKLE ARTMADI
	HİZMETLER					
1	Bireysel İş Yükünüz					
2	Bireysel İş Prosedürleriniz					
3	İş Memnuniyet Düzeyiniz					
4	Maddi Kazanım (Döner Sermaye)					
5	Hasta Memnuniyeti					
6	Bürokrasi (Kırtasiye, Evrak)					
7	Laboratuvar ve Rotgen vb. Tetkik Çeşitleri					
8	İşlemlerde Karmaşa					
9	Hizmet Kalitesi					
10	Sağlık Personeline İş Yükü					
11	Çalışan Memnuniyeti					

12. Mesleğiniz..... 13. Eğitim Durumu.....

14. Yaş..... 15. Cinsiyet.....

16. Medeni Hal.....

ÖZGEÇMİŞ



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Adı Soyadı:	Emine ÖĞÜLDÜ			
Doğum Yeri:	Konya			
Doğum Tarihi:	19.09.1983			
Medeni Durumu:	Evli			
Öğrenim Durumu:	Yüksek Lisans			
Derece	Okulun Adı	Program	Yer	Yıl
İlköğretim	Atatürk İlköğretim Okulu		Konya	1990–1994
Ortaöğretim	İmam Hatip Lisesi		Konya	1995–1997
Lise	Yabancı Dil Ağırlıklı Atatürk Kız Lisesi		Konya	1998–2001
Lisans	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi		Konya	2002–2006
Yüksek Lisans	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi			
Becerileri:	Bilgisayar ve Teknoloji			
İlgi Alanları:	Ekonomi, Teknoloji, Araştırma, İnsan Kaynakları, Halkla İlişkiler			
İş Deneyimi:	Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi, Fatura Bölümü			
Aldığı Ödüller:				
Hakkımda bilgi almak için önerebileceğim şahıslar:	Prof. Dr. Osman OKKA Opr. Dr. Rıza SARIBABIÇCI Ayhan ULUDAĞ			
Tel:	0538 8492715			
E-Posta:	eminem_m@mynet.com			
Adres	Özalan mah. Eski sille cad. Uyarlar sit. No:126/4 Selçuklu/Konya			