



ANKARA

HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE TAM GÜN YASASI
SONRASINDA HASTA MEMNUNİYETİ VE BİR ÜNİVERSİTE
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Reha Oğuz DUMLU

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nurettin PARILTI**

**DOKTORA TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

ARALIK 2022



**ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE TAM GÜN YASASI SONRASINDA
HASTA MEMNUNİYETİ VE BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Reha Oğuz DUMLU

**DOKTORA TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

ARALIK 2022

ETİK BEYAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Reha Oğuz DUMLU

23/12/2022

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE TAM GÜN YASASI SONRASINDA HASTA
MEMNUNİYETİ VE BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ
(Doktora Tezi)

Reha Oğuz DURLU

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Aralık 2022

ÖZET

Bu güne kadar ülkemizde sağlık alanında birçok farklı politikalar geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları uygulamada kullanılmış olsa da bir kısmı zamanla uygulamadan kaldırılmıştır. Kamuda görev yapan hekimlerin çalışma durumlarına ilişkin politikaları ele alan Tam Gün Yasası da bazı etkileri bünyesinde barındırmaktadır. 2010 yılında uygulamaya alınan bu yasa kapsamında hasta memnuniyetinin üniversite hastanelerindeki sonuçlarının araştırılmasına bağlı olarak sunulan birçok çalışma yapılmıştır. Bu yasanın uygulanması sonucunda, üniversite hastanelerinden hizmet alan hastaların memnuniyetlerini, hizmet pazarlamasının önemli alanlarından olan sağlık sektöründeki sonuçlarının belirlenmesine katkı sağlaması amaçlanmıştır. Sağlık kuruluşları memnuniyeti sağlamak açısından hizmet talep eden hastalara; kaliteli hizmet vermeli, hizmet sürecini en üst seviyeye çıkarmalı, tanı ve tedavide sıfır hatayı seçmeli, hastaya durumu hakkında bilgi vermeli, hastayı mümkün olduğunca en hızlı biçimde sağlığına kavuşturmalı, hastaların hastaneden memnun ayrılmasını sağlamalıdır. Bunun sağlanması konusunda çalışmakta olan üniversite hekimlerinin, tam zamanlı olarak üniversite hastanelerinde görev yapmaları yanında eğitim veriyor oldukları da bilinmektedir. Böylelikle bu yasayla üniversitelerde yapılacak olan bilimsel çalışmalarda artışların olması yanında eğitim kalitesinde de artış olacağı öngörülmektedir. Sonuçta hekimlerin özlük haklarında oluşacak farklılıklarla birlikte hizmet alan hastaların memnuniyet durumuna ilişkin sonuçların da saptanması sağlanacaktır. Araştırmada hasta memnuniyet durumunun belirlenmesi amacıyla nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Gerçekleştirilen bu çalışmada belirlenen örneklem Yükseköğretim Kurumu YÖK'e bağlı biçimde çalışmalarını sürdüren 500 ve daha fazla yatak kapasitesine sahip devlete ait üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin hizmet verdiği hastalardaki memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda Ankara ilinde faaliyet gösteren devlete ait üniversite hastanelerindeki hasta memnuniyet durumunun belirlenmesi amaçlanmaktadır. Veriler Tam Gün Yasası ve Hasta Memnuniyetinin ele alındığı anket formundan alınan sonuçların toplanmasıyla elde edilmiştir. Analizler sonucunda elde edilen verilerle birlikte, tam gün yasasındaki mevzuatlar ve yapılan literatür taraması sonrasında devlete ait üniversite hastanelerinde verilen sağlık hizmetinin hasta memnuniyetindeki etkisine bağlı olarak sunulan ve oluşturulan öneriler doğrultusunda belirlenmiştir. Kamuya bağlı üniversite hastanelerinde tam gün yasasına bağlı olarak çalışan hekimlerin hasta memnuniyetindeki durumunun belirlenmesine bağlı olarak sunulan kapsamlı bir çalışmanın olmaması nedeniyle bu çalışmanın önemi artmaktadır.

Bilim Kodu : 114709
Anahtar Kelimeler : Üniversite, hastane, yasa, tam gün, hasta memnuniyeti
Sayfa Adedi : 153
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nurettin PARILTI

PATIENT SATISFACTION AFTER THE FULL-TIME LAW IN UNIVERSITY
HOSPITALS AND THE EXAMPLE OF A UNIVERSITY HOSPITAL
(Ph. D. Thesis)

Reha Oğuz DÜMLÜ

ANKARA HACI BAYRAM VELİ UNIVERSITY
THE INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

December 2022

ABSTRACT

In health, many different policies have been developed in our country so far. Although some of them were used in practice, some of them were removed from the application over time. The Full Time Act, which deals with the policies regarding the working status of physicians, also contains some effects. Within the scope of this law, which was implemented in 2010, a study is carried out to investigate the results of patient satisfaction in university hospitals. As a result of the implementation of this law, it contributes to the determination of the results of the satisfaction of the patients who receive service from university hospitals. They say that in the case of part-time work, there will be effects on the education provided by the physicians working in university hospitals as well as their work, and with this law, there will be an increase in the scientific studies to be carried out in universities, as well as the quality of education. As a result, together with the differences in the personal rights of the physicians, the results regarding the satisfaction of the patients receiving the service will be determined. The research will be carried out with a quantitative research method, thanks to the model proposal created to determine the patient satisfaction status. In this study, it is aimed to determine the situation in a hospital operating in the province of Ankara in order to determine the status of the physicians working in state university hospitals with a capacity of 500 or more beds, which work together with the Higher Education Institution (YÖK), the sample determined in this study. Data were obtained by collecting data with a questionnaire form, which deals with the Patient Satisfaction of the full-time law. Along with the data obtained as a result of the analysis, the recommendations in the model created for the effect of the medical service provided in university hospitals on patient satisfaction were determined after the legislation in the full-time law and the literature review. This study will be an important model that can be used in the field, since there is no comprehensive study to determine the status of full-time laws of physicians in university hospitals in terms of patient satisfaction.

Science Code : 114709
Key Words : University, hospital, law, full time, patient
Page Number : 153
Supervisor : Prof. Dr. Nurettin PARILTI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLoların LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xii
KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK HİZMETİ VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR	3
2.1. Sağlık Kavramı	3
2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	6
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	11
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları.....	19
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	19
2.2.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri	21
2.2.3.1.1. Çevreye bağlı olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri	26
2.2.3.1.2. Kişiyeye bağlı olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri	27
2.2.3.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri.....	28
2.2.3.3. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri	30
2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi	30
2.2.4.1. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri.....	31
2.3. Hastane Kavramı	35
2.4. Eğitim Kavramı	37

	Sayfa
2.5. Sağlık Profesyonellerin Eğitimi Kavramı.....	37
2.6. Üniversite Kavramı.....	38
2.7. Üniversite Hastanelerinin Amaç ve İşlevi	39
2.8. Üniversite Hastanelerinin Özellikleri	41
2.9. Tıp Hizmetleri.....	43
2.10. Üniversite Hastanelerinin Organizasyonu	44
2.11. Üniversite Hastanelerinin Dayandığı Mevzuat.....	45
2.12. Üniversite Hastaneleri İle İlgili Yönetmelik Özellikleri	47
3. TAM GÜN YASASI VE SAĞLIK HİZMETİ İŞLEYİŞİNE ETKİSİ	49
3.1. Sağlıkta Tam Gün Yasasıyla İlgili Yapılan Çalışmalar.....	49
3.2. Tam Gün Yasa'sının Gerekçeleri	52
3.3. Tam Gün Yasasının Genel Değerlendirmesi	53
3.4. Üniversitelerin Durumu	55
3.5. Tam Gün Yasasının Hasta Memnuniyetiyle İlişkili Maddeleri.....	58
4. HASTA MEMNUNİYETİ	65
4.1. Hasta (Müşteri) Kavramı	65
4.2. Hasta Memnuniyeti Kavramı.....	66
4.2.1. Hasta Memnuniyetinin Önemi	68
4.2.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	68
4.2.2.1. Sağlık personeli ile hasta etkileşimi	71
4.2.2.2. Hasta bilgilendirme.....	72
4.2.2.3. Hastalıkta beslenme hizmetleri.....	73
4.2.2.4. Fiziksel ve çevresel koşullar.....	74
4.2.2.5. Hasta güveni	74
4.2.2.6. Sağlık alanında ücret	75

	Sayfa
4.2.2.7. Sağlık işgücü ve sağlık istihdam politikaları Türkiye’de sağlık işgücü.....	76
4.2.3. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri	82
4.2.4. Dünya Ülkelerinden Sağlık Sistemi Örnekleri.....	83
4.2.4.1. Norveç’te sağlık sistemi	83
4.2.4.2. İsveç sağlık sistemi.....	85
4.2.4.3. İsviçre sağlık sistemi	87
4.2.4.4. Rusya sağlık sistemi	88
4.2.4.5. Fransa sağlık sistemi.....	88
4.2.4.6. İngiltere sağlık sistemi.....	90
4.2.4.7. ABD sağlık sistemi.....	91
4.2.4.8. Almanya sağlık sistemi.....	93
4.2.5. Hasta Memnuniyeti Konulu Benzer Çalışmalar.....	94
5. ARAŞTIRMA YÖNTEM VE BULGULARI.....	97
5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	97
5.2. Evren ve Örnek Çapının Belirlemesi	97
5.3. Araştırma Modeli.....	99
5.4. Hipotezlerinin (Varsayımların) Test Edilmesi.....	99
5.4. Metodoloji ve Veri Toplama Tekniği	100
5.5. Analiz ve Bulgular	103
5.5.1. Ankette Kullanılan Hizmetkâr Liderlik Ölçeği ve Alt Boyutları için Geçerlik Güvenirlik Analizi Bulguları	103
5.5.2. Araştırmaya Ait Frekans Tabloları.....	105
5.5.3. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Bakımından İncelenmesi.....	112
5.5.4. Ölçeklere Ait İstatistik Sonuçları	115
5.5.5. Yapısal Eşitlik Modeli Sonuçları	116

	Sayfa
5.5.5.1. Modele ait uyum katsayıları	116
6. SONUÇ	119
KAYNAKLAR	125
EKLER.....	133
EK-1. Tam Gün Yasasının Tam Metni	133
EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu.....	149
ÖZGEÇMİŞ	153



TABLoların LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 3.1. Yasada iptal edilen hükümler ve yeniden yapılan düzenlemeler	50
Tablo 4.1. 2021 yılı istihdam dağılımı.....	78
Tablo 4.2. On birinci kalkınma planı kalite hedefleri.....	82
Tablo 5.1. Araştırmada kullanılan tam gün yasasından beklentiler ve hasta memnuniyeti ölçeği için Cronbach's Alpha katsayısı bulguları	103
Tablo 5.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin uyum katsayıları.....	104
Tablo 5.3. Tam Gün Yasası ölçeği maddeleri için DFA bulguları	104
Tablo 5.4. Hasta Memnuniyeti ölçeği maddeleri için DFA bulguları	105
Tablo 5.5. Ankete katılan bireylerin cinsiyetlerine göre frekans dağılımı	105
Tablo 5.6. Ankete katılan bireylerin medeni durumlarına göre frekans dağılımı.....	106
Tablo 5.7. Ankete katılan bireylerin yaş gruplarına göre frekans dağılımı	106
Tablo 5.8. Ankete katılan bireylerin aylık gelir durumuna göre frekans dağılımı.....	107
Tablo 5.9. Ankete katılan bireylerin bulunulan yer durumuna göre frekans dağılımı.....	107
Tablo 5.10. Katılımcıların “Tam Gün Yasasıyla ilgili temel endişeleriniz nelerdir?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı.....	108
Tablo 5.11. Katılımcıların “Tam Gün Yasası sonucunda bir tercih yapmak zorunda kalacak olan hekimler sizce tercihini hangi kurumdan yana kullanır?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı	109
Tablo 5.12. Katılımcıların “Tam Gün Yasası, kamu hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini hangi yönde etkiler?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı	109
Tablo 5.13. Katılımcıların “Tam Gün Yasası, özel sektörde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini hangi yönde etkiler?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı.....	110
Tablo 5.14. Katılımcıların “Hekimlerin özelde ya da kamuda sadece tek bir kurumda çalışmaları, hastaların kaliteli hizmet almalarına katkı sağlar mı?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı	110

Tablo	Sayfa
Tablo 5.15. Katılımcıların “Tam Gün Yasasının kamu sağlığı hizmetlerini daha etkin ve verimli yapacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı	111
Tablo 5.16. Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi	112
Tablo 5.17. Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin Medeni Durum değişkeni bakımından incelenmesi	112
Tablo 5.18. Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin yaş grubu değişkeni bakımından incelenmesi	113
Tablo 5.19. Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin aylık gelir durumu değişkeni bakımından incelenmesi	114
Tablo 5.20. Tam Gün Yasası Ölçeği maddeleri açısından frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri.....	115
Tablo 5.21. Hasta Memnuniyeti Ölçeği maddeleri açısından frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri.....	115
Tablo 5.22. Modelin geçerliliği açısından uyum istatistiği değerleri.....	116
Tablo 5.23. Tam Gün Yasası ölçeğinin Hasta Memnuniyeti ölçeği üzerine etki katsayısı	116
Tablo 5.24. Hasta Memnuniyeti ölçeği maddelerinin ölçek üzerindeki etki katsayıları	117
Tablo 5.25. Tam Gün Yasası ölçeği maddelerinin ölçek üzerindeki etki katsayıları	118

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Bir Yatırım Projesinin Aşamaları	35
Şekil 2.2. Üniversite Hastaneleri Örgüt Şeması.....	46
Şekil 4.1. Temel Sağlık Personeli Dağılımı	79
Şekil 4.2. Toplam İstihdamın Grup Dağılımı	79
Şekil 5.1. Araştırma Modeli	99



KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
C.Ü.	Cumhuriyet Üniversitesi
DFA	Doğrulamalı Faktör Analizi
Diğ.	Diğerleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
N	Örneklem Sayı
s.	Sayfa
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
ss.	Sayfa Sayısı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
Vb.	Ve Benzeri
Vd.	Ve Diğerleri
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu
YTKİY	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

1. GİRİŞ

Ülkenin ihtiyaçlarından biri olan sağlık hizmetine ulaşmak amacıyla uygulanan sağlık sisteminin doğru olarak araştırılması ve ele alınması gerekmektedir. Sağlık sisteminin temel bileşenlerinden biri olarak ele alınan hekimlerin insan gücü yönüyle stratejik bir yerde olduğu kabul görmektedir. Sağlık sektöründeki hekimlerin çalışma durumuna ilişkin uygulanan tam gün yasasının hasta memnuniyeti açısından etkisinin belirlenmesi amacıyla bu çalışma yapılmaktadır. Böylelikle hekimlere bağlı olarak yapılan tam gün yasasının hasta memnuniyeti boyutuyla incelenmesi sektördeki diğer araştırmacılara da katkıda bulunacaktır.

Sağlık işgücü olarak sağlık sisteminde önemli bir yeri olan hekimler karmaşık ve uzun bir eğitim süreci sonrasında yetişmektedirler. Hekimlerin sahip olduğu yeterli bilgi ve beceri evrensel nitelikte ve hasta sağlığını olumlu yönde etkileyecek biçimde sunulurken hasta memnuniyeti açısından da gerekli bir durumdur. Hekimlerin nitelik ve nicelik olarak gelişmelerinin yanında çalışma durumlarının da mesleklerini yerine getirebilecekleri uygun şartların ayarlanarak planlı biçimde çalışma şartlarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu sayede moral ve motivasyonu güçlü duruma gelen hekimlerle birlikte sunulan sağlık hizmetindeki etki ve verimliliğin artması hasta memnuniyetinde de pozitif etkiye neden olabilmektedir.

Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programı dâhilinde oluşturulan yeni yasal düzenlemelerle sağlıkta önemli yere sahip olan hekimlerin çalışma koşullarına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Üniversite hastanelerinde faaliyet gösteren hekimlerin çalışma şekillerinin ayarlanmasının sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyetine etkileri göz önüne alınarak bir çalışma sürecine girilmiştir. Bu doğrultuda çalışma biçiminde değişim yönlü bir geçişi amaçlayan “Tam Gün Yasası” şeklindeki yasal düzenleme yapılmıştır. Bu çalışmayla tam gün yasasının hastaların memnuniyetine bağlı olarak sunulan olumlu ya da olumsuz etkisinin belirlenmesine bağlı olarak sunulan önemli katkılarının olması amaçlanmaktadır. Sektör olarak emeğin daha çok ön planda yer aldığı sağlık alanı, dünyada insan gücüne en çok harcama yapan alanlardan biridir. Ülkemizde de bu durum dünyayla aynı seviyededir. Sağlık sektörü hem teknik bilgi hem de sağlıkla ilgili beceriye sahip insan gücüne yani hekime gereksinim duymaktadır. Bu nedenle sağlıkta temel etken hekim olmaktadır. Sağlıkta

ihtiyaca karşılık gelecek donanımına sahip mekânlar ile teknolojik araçlarla desteklenerek sunulan kaliteli sağlık hizmetinin hasta memnuniyeti açısından etkili bir yere sahip olduğu görülebilmektedir. Duygu ve düşünce yönüyle olumlu olan ve kaliteli hizmeti verebilen hekimlerin gerekli tarihsel süreç açısından da hasta memnuniyeti ve insan gücü bileşenlerinin etkileşiminde önemli bir yeri bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nünde belirttiği gibi hekimler potansiyel olarak bu alandaki yerlerini sürekli korumaktadırlar. Bu durum sağlıkta çözülmesi gereken mesele olarak ülkemizde de önemini korumaktadır.

Çalışmamız gerçekleştirilen plan dâhilinde sağlık sektörünün verimli işleminde önemli katkıyı sunan hekimlerin Tam Gün yasasıyla oluşan dönüşüm sürecindeki etkisinin hasta memnuniyetindeki sonuçlarını ele almaktadır. Devlet bünyesinde hizmet veren üniversite hastanelerinde hem eğitim hem de sağlık hizmetinde yer alan hekimlerin çalışma şartlarına bağlı olarak yapılan Tam Gün yasasıyla ilgili köklü değişiklik sonucundaki hastaların tutumları incelenmektedir. Bu alanla ilgili olarak yapılan literatür taraması sonucunda kavramsal çerçeve oluşturularak Tam Gün yasasının genel durumu hakkında konu açıklığa kavuşturulmuştur. Bu süreçte sağlık alanında faaliyette bulunan hekimlerin yasa kapsamında üye oldukları dernek ve sendikaların belirttiği görüşlerin yanında yaptıkları eleştirilere de yer vermeye çalışılmıştır. Tam Gün yasasına uygun olarak gerekli olan bilgilerin tamamı Resmi Gazeteden elde edilerek gerekli araştırmalar yapıp değerlendirilmiştir. Sonraki süreçte oluşturulan anket formu sayesinde hastanede hizmet alan hastaların cevaplarıyla memnuniyet durumları araştırılmaya çalışılmıştır.

2. SAĞLIK HİZMETİ VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

2.1. Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) dünya genelinde sağlık alanında rehberlik yapmak, hükümetlerle işbirliği yaparak ulusal sağlık programlarının yürütülmesi ve sağlığa bağlı olarak sunulan bilgi, standart ve teknolojileri aktarmak ve geliştirme işlevleri bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “Sadece hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” olarak tanımlamaktadır (Robinson ve Elkan, 1996). Temel bir insan hakkı olarak sağlık konusu yapılan uluslararası asamblelerde derinlemesine tartışılarak alınan kararlar ile ilgili bildiriler yayınlanmıştır. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkında Kanunda: “Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” şeklinde yer almaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile ilgili değerlendirmelerde sosyo-ekonomik faktörlerin etkisi oldukça fazladır. Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin analizinde kullanılan temel göstergelerin açısından da; kişi başına düşen milli gelir, eğitim harcamaları, doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı ve sağlık harcamaları gibi kavramlara yer verilmektedir. Ülkelerin kalkınma düzeyleri hakkında bilgi veren en önemli göstergelerinden biri sağlık hizmetlerinin etkin bir biçimde sunulmasıdır (Erol ve Özdemir, 2014: 9-34).

Sağlık kavramı nesilden nesile ve kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Sağlığı tanımlayabilmek, farklı bakış açıları hakkında geniş bir bilgi birikimi gerektirir. Sağlığın doğası çok öznedir çünkü birçok farklı değişkene bağlıdır. İyi sağlık nasıl açıklanır? Bazıları açısından sağlık, kişisel olarak formda olmak olarak açıklanmaktadır. Diğerlerine göre sağlık, iş, ev ve sosyal hayat arasında dengeli bir yaşam tarzına sahip olmak olarak tanımlanır. Diğer tanımlar yaralanma ve hastalıksız olmayı içerebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı "sadece hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu" olarak tanımlamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2016). İleri uygulamalar sağlığın tanımını hastanın bakış açısından ele almalıdır. Bir hasta mevcut hastalıklarını ve bir birey

olarak kendisi açısından iyi bir sağlık durumunun ne olduğunu iyi anlamalıdır. Sağlıkla ilgili olarak, sağlığın birçok özelliği bulunmaktadır. Bu çalışma boyunca sağlık hizmetleri birçok yönden incelenecektir. Bütüncül yaklaşım, hastanın psikolojik, sosyal ve ruhsal düşüncelerini içermektedir. Sağlığın kişisel bir yansıması da dâhil edilecektir (Ağır ve Tıraş, 2018: 643-670).

Daha önce de belirtildiği gibi, DSÖ sağlığı "sadece hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu" olarak tanımlamaktadır. Tüm modern sağlık kavramları, sağlığı, hastalığın yokluğundan daha fazlası olarak kabul eder ve bireyin kendini gerçekleştirme ve kendini gerçekleştirme açısından maksimum kapasitesini ima eder. Üçüncü bir tanım, sağlığın bir denge hali olduğunu, bireyin kendi açısından ve kendisi ile sosyal ve fiziksel çevresi arasında kurduğu bir denge olduğunu belirtir (Alphan vd., 2014: 85-135).

Bugün ve her yaşta, sağlıklı olma konusundaki fikir birliği sadece hastaliksız olmakla ilgili değildir. İnsanlar refahlarını belirlemek açısından sağlık kelimesini kullanırlar. Kimileri şunu sorabilir; bu refah durumuna nasıl ulaşabiliriz? Refah durumumuzu belirlemeye yardımcı olan faktörler neler olabilir. Burada psikolojik, biyolojik, sosyokültürel ve ekonomik faktörler bunun üzerinde ağır basmaktadır. (Aydın, 2001: 5-10).”

Sağlık hizmet sunucuları, hastalarını sağlıklı bir yaşam tarzına doğru yönlendirmeye yardımcı olabilir, onlara bunu yapmak açısından kaynaklar sağlar. Sağlık hizmet sunucuları, hastaların kendilerine neyin ilham verdiğini veya doğru seçimleri yapmaları açısından onları neyin yönlendireceğini bulmalarına yardımcı olmalıdırlar. Sağlık sürekliliğinde kullanılabilecek bir araç, aksi takdirde hastalık-sağlık sürekliliği olarak adlandırılır. Bu süreçler tedavi ve sağlık paradigmaları arasındaki bağlantıyı göstermeye yardımcı olur. Bu paradigmanın ortası tarafsız noktadır. Sağlığın altı bileşeni bu süreklilik arasında yer almaktadır. Altı bileşen fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal, çevresel ve ruhsal sağlığı içermektedir. Optimal sağlığa ulaşmak açısından tüm bu kategoriler günlük yaşamımızda dengelenmelidir. Bu araç, sağlık hizmet sunucuların hastalarını eğitmelerine yardımcı olabilir. Her hasta farklı öğrenir. Görsel öğrenenler açısından, bu aracı görmek, hedeflerine ve daha sağlıklı bir yaşam tarzına daha iyi ulaşmalarına yardımcı olabilir. Aldıkları eğitim ve

hayatlarında yaptıkları değişikliklerle birlikte sağlıklı yaşam tarafına doğru hareketi de görebilirler (Bektemür vd., 2018: 92-99).

Kaliteli hasta bakım hizmeti, hastanın özel sağlık ihtiyaçlarını ve istenen sağlık sonuçlarını belirlemekle başlar. Bununla birlikte, hizmet sağlayıcılar sadece hastanın klinik ihtiyaçlarına değil, aynı zamanda duygu, düşünce ve manevi ihtiyaçlar gibi bir bütün olarak değerlendirilebilecek bir bakım planı geliştirirler. Amerikan Holistik Hemşireler Derneği, bütünsel sağlık hizmetini *"kişi yi iyileştirme hedefi olan tüm sağlık uygulamaları"* olarak tanımlamaktadır. Etkili bütünsel bakım sağlamak sadece bakımın eylemi değil, aynı zamanda uygulayıcının sağlığa ve kendi yaşamlarının yansımına olan inançlarını özümseyen tutumu ve benimsemiş olduğu felsefedir (Erol ve zdemir, 2014: 9-34).

Yüksek kalitede hasta merkezli bakım elde edildiğinde, tüm ekip yeleri bakıcı olarak kabul edilmelidir. İşgücündeki herkes hastaların bakım deneyiminin bir parçasıdır. Kişinin rolünden bağımsız olarak, her ekip yesi hastanın ihtiyaçlarını ilk sıraya koymalıdır. Bu, işgücünün tüm üyelerinin, hastanın durumunu en iyi şekilde analiz etmek ve hastaya iyi bir hizmet sunmak hedefiyle ilgili ortak bir odaklanma yoluyla birbirleriyle işbirliği yapması ile hizmet memnuniyetinin artması sağlanabilir. Sağlık ekibinin tüm yeleri, hastayla iletişimde şeffaflığı korurken, hastanın durumunun ve bakım planının farkında olmalıdır. Bu, bilginin açık ve dürüst olmasını sağlar, böylece hastanın ihtiyaçlarını, değerlerini ve seçimlerini yansıtan kendi bakımını kontrol eder. Genel olarak insan sağlığı iki ana kategoriye ayrılmaktadır; ruh sağlığı (zihinsel) ve fiziksel sağlık. Zihinsel sağlık hakkında konuşurken, belirli durumlarda düşünme ve akıl yürütme ve tepki verme şeklinizin faktörlerini dikkate alır. Örneğin, zihinsel olarak sağlıklı olan biri, toplumumuzda normal bir biçimde işlev görebilecek ve günümüz dünyasında yararlı bir parça olabilecektir. Fiziksel olarak da sağlıklı olan birisini düşünürken, ideal olarak fiziksel olarak iyi durumda olan, zinde, sağlıklı bir sindirim sistemine sahip olan ve bağımsız olarak kendine iyi bakan bir kişi olarak düşünmektedirler. Diğer 4 bileşenle birlikte, zihinsel ve fiziksel sağlık sürekli liğin önemli parçalarıdır. (Erol ve zdemir, 2019: 119-146).

2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri araştırması (HSR), Tıp Enstitüsü tarafından sağlık hizmetlerinin kullanımını, maliyetlerini, kalitesini, erişilebilirliğini, dağıtımını, organizasyonunu, finansmanını ve sonuçlarını inceleyen hem temel hem de uygulamalı disiplinler arası bir araştırma alanı olarak tanımlanabilmektedir. Bireyler ve toplumlar açısından sağlık hizmetlerinin yapısı, süreçleri ve sonuçları hakkında bilgi veren bu anlayış, bu tanımın önerdiği gibi, hastalıklar ve doğum sistemi de dâhil olmak üzere klinik bağlamdaki farklı anlayışımız nedeniyle sağlık hizmetleri ve sonuçları araştırmalarında stratejik bir avantaja sahip olabilir. Sonuç olarak, deneyimlerimiz, tıp bilim adamlarının bu disiplinde ki dış hibe finansmanı açısından başarılı bir biçimde rekabet etmek açısından bu avantajı geliştirebileceklerdir. (Etiz, 2000:23).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bir sağlık sistemi, birincil amacı sağlığı geliştirmek, iyileştirmek veya sürdürmek olan tüm kuruluşlar, insanlar ve eylemlerden oluşur. Bu, sağlığın belirleyicilerini etkilemeye bağlı olarak sunulan çabaların yanı sıra sağlığı iyileştiren daha doğrudan faaliyetleri de içermektedir. Bu nedenle bir sağlık sistemi, kişilerin yanı sıra sağlık hizmetleri sunan, ancak örneğin bireylere sağlık hizmeti sunmaya dâhil olan kurumları, insanları ve kaynakları içeren kamuya ait tesisler piramidinden daha fazlasıdır; (Karmacı ve Uğurlu, 2017: 25-69).

- Evde hasta bir çocuğa bakan bir anne;
- Okul ortamında rehabilitasyon hizmeti alan bir çocuk;
- İşyerinde mesleki rehabilitasyon hizmetlerine bireysel erişim;
- Özel sağlayıcılar, vektör kontrol kampanyaları gibi davranış değişikliği programları.
- Sağlık sigortası kuruluşları, sağlık personelinin sektörler arası eylemini içeren iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı, örneğin, daha iyi sağlığın iyi bilinen bir belirleyicisi olan kadınların eğitimini teşvik etmek açısından eğitim bakanlığını teşvik etmek.

Rehabilitasyon, önleme, terfi, tedavi ve palyasyonun yanı sıra temel bir sağlık hizmetidir. Kapsamlı bir sağlık sisteminde rehabilitasyon, hem toplum hem de hastane

düzeyinde anahtar hizmetlerden biridir. Rehabilitasyonun sağlık sistemlerine entegre edilmesi (bakımın sürekliliği boyunca, yaşamın tüm aşamalarında ve çeşitli sağlık koşulları açısından) tıbbi ve diğer sağlık hizmetleri açısından önemlidir. Orta ve uzun vadede, bu entegre yaklaşım, rehabilitasyon hizmetlerinin daha güçlü sunulması, daha iyi işgücü tahsisi ve yeterli finansman ile sonuçlanacaktır (Özata, 2004: 8). Bununla birlikte, rehabilitasyonun küresel olarak pek çok sağlık sistemine henüz etkin bir biçimde entegre edilmediğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Birçok ülkede bireyler ihtiyaç duydukları rehabilitasyon hizmetlerine erişememektedir. Rehabilitasyon hizmetlerinin ihtiyacı olan herkese ulaşmasını sağlamanın en iyi yolu, rehabilitasyonun evrensel sağlık sigortası kapsamında sağlık sisteminin tüm seviyelerine entegre edilmesidir. (Karmacı ve Uğurlu, 2017: 25-69).

Uyum açısından da çalışan iyi işleyen bir sağlık sistemi, eğitilmiş ve motive sağlık çalışanlarına, bakımlı bir altyapıya ve yeterli finansman, güçlü sağlık planları ve kanıta dayalı politikalarla desteklenen güvenilir bir ilaç ve teknoloji tedarikine sahip olmak üzerine kurulmalıdır. Sağlık Hizmetleri Sistemleri, ekonomik gelişme düzeyine ve mevcut siyasi sisteme bağlı olarak ulustan ulusa farklılık gösterir. Sağlık bakımı dünya çapında bir öncelik ve endişe kaynağıdır. Özel, kamu veya karma sağlık sisteminden bağımsız olarak her ülke, hizmetlerin kalitesi, sunumu ve maliyeti ile ilgili zorluklarla karşı karşıyadır. (Dursun ve Çerçi, 2004: 4).

Diğer sosyal kurumsal yapılarda olduğu gibi, dünya çapında çok çeşitli sağlık sistemleri bulunmaktadır ve bunlar açısından da sistemler geliştikleri devletlerin tarihini, kültürünü ve ekonomisini yansıtmaya eğilimindedir. Uluslar, aşılama gibi halk sağlığı önlemleri gibi hemen hemen tüm sağlık sistemlerinde ortak unsurlar bulunmasına rağmen, sağlık sistemlerini ihtiyaçları ve kaynakları doğrultusunda tasarlar ve geliştirir. Bazı ülkelerde, sağlık sistemi planlaması rekabetçi bir özel sağlık hizmeti sağlayıcıları piyasası açısından değerlendirilirken, diğerlerinde, planlı halk sağlığını sağlamak açısından hükümetler, sendikalar, hayır kurumları, dini kuruluşlar veya diğer koordineli kuruluşlar arasında uyumlu bir çaba olarak değerlendirilir. (Dursun ve Çerçi, 2004:4).

Sağlık hizmetleri, geleneksel olarak, dünya çapında insanların genel fiziksel, zihinsel ve sosyal refahını geliştirmede önemli bir belirleyici olarak kabul edilir ve verimli olduğunda bir ülke ekonomisinin, kalkınmasının ve sanayileşmesinin önemli

bir bölümüne katkıda bulunabilir. Bunun bir örneği, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1980'de çiçek hastalığının dünya çapında yok edilmesine ilişkin deklarasyonudur. İnsanlık tarihinde geniş çaplı sağlık müdahaleleri ile tamamen ortadan kaldırılan ilk hastalık olması yönünden önemli bir gelişmedir. Hastalıkların tedavisinin değeri, bireyler, aileler ve topluluklar üzerindeki etkisinin bilincinde olarak, kaynakların tedavi hizmetlerine tahsisi bir maliyetten ziyade bir yatırım olarak görülmelidir (Akdur, 2003: 12).

Dünyada gelişen ve değişen sağlık sistemlerinin sonucu olarak bir takım sağlık finansman modelleri ortaya çıkmıştır. Genel olarak bir sınıflandırma yapmak zor olsa da global olarak kabul görmüş olan dört ana sistem benimsenmektedir. Bunlar, Beveridge modeli, Bismark modeli, ulusal sağlık sigortası modeli ve cepten ödeme modelidir.

Beveridge Sağlık Hizmeti Modeli, adını İngiltere'nin orijinal Ulusal Sağlık Hizmetini tasarlayan sosyal reformcu William Beveridge'den almıştır. Polis veya eğitim sistemleri gibi diğer kamu hizmetleri gibi, bu sağlık hizmeti modeli de vergi ödemeleri yoluyla hem devlet tarafından sağlanmakta hem de finanse edilmektedir. Bu sistemde, sağlık tesisleri Devlete ait olabilir, ancak bu modeldeki sağlık personelinin çoğunluğu devlet çalışanlarından oluştuğundan, devlet finansmanı ile özel sektöre de ait olabilir. Bu sistemlerin kişi başına maliyeti düşük olma eğilimindedir, çünkü tek ödeyen olarak hükümet, sağlık hizmeti sağlayıcılarının neler yapabileceğini ve genel olarak ülke genelinde standartlaştırılmış faydalarla ne talep edebileceğini kontrol eder (İstanbuluoğlu vd., 2010: 86-99).

Bir insan hakkı olarak sağlık, evrensel sağlık kapsamı ve hükümet tarafından garanti edilen bakıma eşit erişim ile bu modelin temel kiracısıdır. Bu sistemin birincil eleştirisi, herkesin sağlık hizmetlerine erişiminin garanti edildiği, Genel olarak aşırı kullanıma ve artan maliyet riskine yol açan uzun bekleme sürelerine bağlı olarak sunulan hizmettir.

Beveridge Modelini veya onun varyasyonlarını kullanan ülkeler arasında, Beveridge Modelinin geliştirildiği Büyük Britanya, İspanya, İskandinavya'nın çoğu ve Yeni Zelanda bulunmaktadır. Hong Kong, 1997'de Çinlilerin bu eski İngiliz Kolonisini ele geçirmesinden sonra geride kalan kendi Beveridge tarzı sağlık sistemine sahipken,

Küba, sağlık sistemi üzerinde tam hükümet kontrolü ile Beveridge yaklaşımının aşırı uygulamasını temsil etmektedir. (OECD, 2020).

"Sosyal Sağlık Sigortası Modeli" olarak da adlandırılan Bismarck Sağlık Modeli, Almanya'nın birleşmesinin bir parçası olarak tüm çalışan bireyler açısından zorunlu sigortalı bir refah devleti geliştiren 19. Yüzyıl Prusya Şansölyesi Otto von Bismarck'ın adını almıştır. Bu sistem aslında tüm vatandaşları kapsaması gereken ve doğası gereği kar amacı gütmeyen bir sağlık sigortası planıdır. Ancak pratikte kaynakların mali olarak katkıda bulunanlara tahsis edilmesiyle birlikte yalnızca çalışan nüfusa sunulma eğiliminde olması dolayısıyla evrensel sağlık sigorta hizmeti sağlamaz. Ağırlıklı olarak işverenler ve çalışanlar tarafından bordro kesintileri yoluyla ortaklaşa finanse edilmektedir. (Pala, 2008: 18-19).

Genel olarak, özel ve kamu sağlayıcılarının bir karışımını içeren ve sağlık hizmetleri açısından daha esnek harcamalara izin veren karma modellenli sağlık sistemidir. Sağlayıcılar ve hastaneler genel olarak özeldir, sigortacılar genel olarak kamuya aittir. Fransa veya Kore gibi bazı ülkelerde tek bir sigortacı varken, Almanya gibi diğer ülkelerde Beveridge Modelinde de görüldüğü gibi fiyatlandırma hükümet tarafından kontrol edilmesine rağmen birden fazla rakip sigortacı bulunmaktadır. Bu model Almanya, Fransa, Belçika, Hollanda, Japonya ve İsviçre'de bulunur. (Erol ve Özdemir, 2019: 119-146).

Ağırlıklı olarak bulaşıcı hastalıkların önlenmesine bağlı olduğu düşünülen orijinal Bismarck sisteminin tanıtılmasıyla Almanya'da ölüm oranında önemli bir düşüş gösterilmiştir. Bir bütün olarak Bismarck Sağlık Hizmetleri Modelleri, sağlık hizmeti sunucuları arasındaki rekabetin bir sonucu olduğu düşünülen, genel olarak önemli ölçüde daha yüksek erişilebilirliğe, daha düşük bekleme sürelerine ve genel olarak daha kaliteli ve daha tüketici odaklı sağlık hizmetlerine sahiptir. Bismarck modeline bağlı olarak sunulan birincil eleştiri, yaşlanan nüfus ve emekliler ile çalışanlar arasındaki dengesizlik dahil, çalışamayan veya katkı paylarını karşılayamayanlara bakımın nasıl sağlanacağıdır. (Odabaşı, 2001: 25)

Türkiye sağlık hizmetleri finansman yapısında bahsedilen yöntemlerden yalnızca birine sahip değildir; karma bir yapı söz konusudur. Zorunlu sigorta sistemi yanında özel sigorta, cepten yapılan ödemeler ve kamu gelirleri yani vergilerle finansman yöntemi hep beraber ve iç içe karma bir şekilde uygulanmaktadır.

Ulusal sağlık modeli; bu sistem, hem Beveridge hem de Bismarck Sağlık Hizmetleri Modellerinin unsurlarını birleştirir. Genel olarak, finansman, Beveridge Modelinde gördüğümüz gibi, her vatandaşın ödediği devlet tarafından yürütülen bir sigorta programından gelir, ancak ağırlıklı olarak özel sektör sağlayıcılarını kullanır. Bu model, kar sağlamayan veya talepleri reddetmeyen evrensel sigorta sağlamaktadır. Bu nedenle pazarlama gereksinimi olmadan, talepleri reddetmek açısından herhangi bir finansal neden olmadan ve kar amacı gütmeden, bu evrensel sigorta programları, k r amaçlı'dan daha ucuz ve idari olarak çok daha basit olma eğilimindedir.

Tek  deyici, daha düşük fiyatlar için pazarlık yapmak açısından önemli bir pazar gücüne sahip olma eğilimindedir;  rneğin Kanada sistemi, ilaç şirketlerinden o kadar düşük fiyatlar açısından pazarlık yapar ki, Amerikalılar sınırın kuzeyindeki hapları satın almak için kendi eczanelerini tercih etmek durumunda kalırlar. Ulusal Sağlık Sigortası planları da bu modellerin birincil eleştirisini olan, ödeyecekleri tıbbi hizmetleri sınırlayarak veya hastaları tedavi edilmeyi bekleterek maliyetleri kontrol altına almaktadır. Uzun bekleme listeleri ve tedavide gecikme potansiyeli ciddi bir sağlık politikası sorunu olarak kabul edilebilir. Bu model Kanada, Tayvan ve Güney Kore'de bulunur ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Medicare Modeli de buna dayanmaktadır.

Sosyoekonomik durum ve etnik kökene bağlı olarak sağlık hizmetlerinde eşitsizlikler tüm ülkelerde bulunur. H lihazırda, dünya çapında ulusal sağlık sistemleri kurmuş sınırlı sayıda ülke bulunmaktadır ve ülkelerin çoğu özel veya tedavi açısından ödeme temelinde sağlanan geçici ulusal tıbbi bakım sağlamaktadır. Bu genel olarak, paraya eşişimi olanların sağlık hizmetlerine eşişimi olurken, parası olmayanların sağlık hizmetlerine eşişimi olmadığı anlamına gelir. Dünyanın pek çok izole veya kırsal bölgesinde yüz milyonlarca insan tüm yaşamlarını sağlık hizmetlerine eşişmeden geçirebilmektedir. Bu tür bir modelde Sağlık hizmetleri hala gelir tarafından yönlendirilmektedir. Bu sağlık hizmeti modeli ağırlıklı olarak izole topluluklarda bulunur ve özellikle Hindistan,  in, Afrika, Güney Amerika'daki kırsal alanlarda ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sigortasız veya sigortasız nüfus arasında görülür (Ay ve Talaşlı, 2008: 136).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Bir sağlık sistemi, temel amacı sağlığı iyileştirmek olan tüm organizasyon, kurum, kaynak ve insanlardan oluşur. İyi işleyen bir sağlık sisteminin temel bileşenleri şunları içermelidir (Yurdadağ, 2007). Bu özellikler şöyle sıralanabilir (Odabaşı, 2001:27-29, Pala, 2008:29-32):

- i. Sağlık hizmetinin tüketiminin rastlantısal olmasıdır.
- ii. Sağlık hizmetinde herhangi ikame yoktur.
- iii. Sağlık hizmetinin ertelenemez olmasıdır.
- iv. Sağlık hizmeti boyutunun ve kapsamının hizmetinde yararlanılmasında hekim belirlemektedir.
- v. Sağlık hizmetlerinin tüketici davranışlarının irrasyonel olmasıdır.
- vi. Hizmetten sağlanan doyumun ve kalitenin önceden belirlenme olasılığı zordur.
- vii. Sağlık hizmetlerinde bir bölümün toplumsal niteliğin ve kamu malının özelliğini taşımaktadır.
- viii. Sağlık hizmetindeki çıktının paraya çevrilemez olmasıdır.
- ix. Diğer özelliklerin yanı sıra garantisi bulunmamaktadır, önceden test edilmezdir, hatanın tolere edilmez olmasıdır, hizmetlerin yetersizliğini sorunlarına yol açmaktadır, dışsal fayda veya zararın söz konusu olmasıdır.

İnsanların ihtiyaç duydukları hizmetleri kullanabilmelerini ve bu hizmetler açısından ödeme yapmak zorunda kalmalarından kaynaklanan finansal felaketlerden veya yoksullaşmadan korunmalarını sağlayacak biçimde sağlık açısından yeterli fonları toplar. Sağlayıcıların ve kullanıcıların verimli olmaları açısından teşvikler sağlamaktadır.

Rehabilitasyon açısından sağlık harcamaları da; Rehabilitasyon içeren sağlık finansmanı ve ödeme yapılarıdır (Pala, 2008: 31). Bir sağlık iş gücü, mevcut kaynaklar ve koşullar göz önüne alındığında mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarını elde etmek açısından duyarlı, adil ve verimli yollarla çalışır (yani yeterli personel bulunmaktadır, adil bir biçimde dağıtılmıştır, bunlar yetkin, duyarlı ve üretkendir).

Bakım kalitesinin farklı düzeylerinin, sağlık hizmeti kalitesine ilişkin farklı bakış açıları ile aynı olmadığı belirtilmelidir. Her bakım düzeyinde çeşitli bakış açıları uygulanabilir. Bu bakış açıları, roller ve paydaşlarla güçlü bir biçimde ilişkilidir ve üç ana bakış açısı şu biçimde tanımlanır:

Gruplar, topluluklar ve ulusal sistemlerden sorumlu politikacılar, sağlık yöneticileri ve diğerleri;

Bireysel hastaları tedavi eden sağlık uzmanları;

Hastalar ve yakınları.

Hastaların bakış açısı, sağlık personelinin bakış açısından farklılık göstermektedir ve sağlık personelinin bakış açısı, yöneticilerin ve politikacıların bakış açılarından farklılık göstermektedir: “Nerede durduğunuz, nerede oturduğunuza bağlıdır.” Farklı roller normalde farklı değerleri ve öncelikleri yansıtacaktır. Yöneticiler muhtemelen verimliliği ve kaynakların adil dağılımını sağlık uzmanları ve hastalardan daha fazla vurgulayacaktır. Ayrıca araştırma, eğitim ve ekonomi ile ilgili sürdürülebilirlik konusunda diğer gruplardan daha fazla endişe duyabilirler. Hekimler, hemşireler ve diğer meslek gruplarının bireysel hastalardan başka öncelikleri olabilir (Yerebakan, 2000: 13).

Birinci Basamak Değerlendirme Araçları

Sağlık hizmetleri kuruluşlarının hesap verebilirliğini geliştirmeye bağlı olarak sunulan çabaların zamanla artması muhtemeldir. Sağlık hizmetleri sistemlerinin nihai amacı, hem günümüzde iyileştirici ve rehabilite edici bakım yoluyla hem de gelecekte koruyucu bakım yoluyla sağlığı optimize etmek olduğundan, bu amaca katkıda bulunmayan hizmetlerin gerekçelendirilmesi giderek zorlaşacaktır. Bu nedenle, bakımın hem yapılarına hem de süreçlerine ilişkin önlemler önemini korumaya devam etmektedir. Birinci basamak bakımın en azından bazı sonuçları iyileştirmeye büyük ölçüde katkıda bulunduğu dair artan kanıtlar göz önüne alındığında (1), birinci basamak hizmetlerinin sunumunun kalitesini değerlendirme ve güvence altına alma çabaları önemlidir.

Birinci Basamak Değerlendirme Araçları bu amaçla geliştirilmiştir. Bu araç seti şunlardan oluşur:

- Tüketici-müşteri anketleri

- Tesis anketleri
- Sağlayıcı anketleri
- Sağlık sistemi araştırması (geliştirme aşamasında)

Kılavuz, araştırmacıların onu bir araştırma bağlamında yönetmesine yardımcı olacak bilgiler içermektedir. Diğer kullanımlar açısından (birincil bakım hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi), bazı bölümler alakasız olabilir, ancak bilgi amaçlı olarak dahil edilmiştir.

Birinci Basamak Kavramı

Birinci basamağa özgü sağlık hizmeti sunumunun özellikleri, sağlık hizmeti sunum sistemlerini birinci basamak hizmet sağlama yaklaşımlarının yeterliliğine göre değerlendirmek mümkün olacak biçimde belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalık veya sorun odaklı olmaktan ziyade kişi odaklı olması açısından, sağlık düzeyleri ne olursa olsun bireyler ve toplumlar açısından eşit derecede uygundur.

Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmeti en uygun biçimde ikinci ve üçüncü basamak bakıma açılan kapı olduğundan, birinci basamakla ilgili deneyimler, kısmen koordinasyon rolü aracılığıyla, toplumların karşılaştığı sağlık sisteminin geri kalanıyla ilgili deneyimleri yansıtacaktır. Temel ve periyodik olarak elde edilen veriler, devletlerin ve sigortacıların sağlık hizmetleri kuruluşlarını kayıtlı kişilere sağladıkları hizmetlerden sorumlu tutmalarına izin verecektir. (Chapman vd., 2022: 545-547).

Birinci basamak bakımın sağlanması bir dizi nitelik ve özelliği bünyesinde barındırır. Aşağıda, dört ana özelliğin her biri ile bağlantılı üç özelliğin her biri kısaca açıklanmaktadır:

“İlk temas” bakımı, yeni bir sağlık veya tıbbi ihtiyaç ortaya çıktığında bakımın ilk olarak birinci basamak sağlayıcısından aranması anlamına gelir. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı, ciddi acil durumlar dışında, sağlık hizmetlerine bağlı olarak sunulan her yeni ihtiyaç açısından sağlık sistemine olağan giriş noktası olarak hizmet eder. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı ya doğrudan bakım sağlar ya da hastaları uygun zamanda daha uygun bakım kaynaklarına yönlendiren bir kolaylaştırıcı olarak hizmet eder. İlk temas bakımı olarak kabul edilebilmesi açısından,

hizmetlerin erişilebilir olması (yapısal bir özellik) ve her yeni ihtiyaç veya sorun ortaya çıktığında (davranışsal bir özellik) nüfus tarafından kullanılması gerekir.

Sürekli (devam eden) bakım, hastalık veya yaralanmanın varlığına veya yokluğuna bakılmaksızın, düzenli bir bakım kaynağının zaman açısından da uzun süre kullanımını ifade eder. Buradaki odak, hem hasta hem de sağlayıcı tarafından tanınan bir tıbbi veya sağlık bakımı "ev"inin yaratılmasıdır. Zaman açısından da sürekli bakım, birbirlerinin beklentileri ve ihtiyaçları hakkında karşılıklı anlayış ve bilgi birikimini teşvik etmek açısından sağlayıcı ve hastanın uzun vadeli bir ilişki kurmasına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle, hizmet veya sağlayıcının sorumlu olduğu bir nüfusun tanımlanmasını (nüfus kaydı) ve sağlayıcılar ile hastalar arasında zaman açısından da devam eden kişi odaklı (hastalık odaklı değil) bir ilişkiyi gerektirir.

Koordineli bakım, hastaların fiziksel ve zihinsel olarak tüm sağlık sorunlarına uygun bakım almaları açısından sağlık ziyaretleri ve hizmetlerinin birbirine bağlanmasıdır. Koordinasyonun özü, “önceki ve mevcut problemler ve hizmetler hakkında bilginin mevcudiyeti ve bu bilginin mevcut bakım gereksinimlerine dayanması açısından tanınmasıdır”.

Kapsamlı bakım, birinci basamakta geniş bir hizmet yelpazesinin mevcudiyeti ve bunların, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından nüfustaki en yaygın sorunlar dışında tüm ihtiyaç türleri açısından uygun biçimde sağlanması anlamına gelir. Bu, sağlığı geliştiren ve koruyan hizmetleri (hastalığı, yaralanmayı ve işlev bozukluğunu önleyenleri) ve birinci basamak pratisyenlerinin yeterliliğini sürdürmek açısından çok nadir olmadığı sürece hastalık, sakatlık ve rahatsızlık bakımını teşvik eden hizmetleri içermektedir. Genel olarak yılda en az bir ila iki bin kişide görülür. Örneğin, bu hizmet yelpazesi önleme, koçluk, uygun olduğunda danışmanlık, akut ve kronik hastalık ve yaralanmaların bakımı, küçük cerrahi müdahaleler, enjeksiyonlar, eklemlerin aspirasyonu, basit çıkıklar (Chen ve Zhang, 2022: 24-26).

Birinci basamak bakımın yukarıdaki dört temel alanının her birinin iki alt alanı bulunmaktadır: yapıyla ilgili bir alt alan (gerekli hizmetleri sağlama kapasitesini gösterir) ve davranışla ilgili bir alt alan (hizmetin gerektiğinde sunulduğunu gösterir). Böylece, toplam sekiz çekirdek alt etki alanı bulunmaktadır. Birinci basamak bakımın sekiz temel alt alanının tümü, hem yetişkin hem de çocuk tüketici-müşteri anketleri ile sağlayıcı ve tesis sürümleri açısından geçerlidir.

Bakım hizmetinin iyiliği, dört ana yönün başarılmasından kaynaklanır ve bazen de birinci basamak değerlendirmelerine dahil edilir.

Aile merkezli bakım, ailenin bir hastanın değerlendirilmesinde ve tedavisinde önemli bir katılımcı olduğunu kabul eder. Aileler, aile üyelerinin sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesine ve karşılanmasına bireysel ve toplu olarak katılma hak ve sorumluluğuna sahiptir. Aile merkezli bakım, aile üyelerinin sağlık, hastalık, engellilik veya yaralanmanın tüm aile üzerindeki doğası, rolü ve etkisinin ve aile yapısının, işlevinin ve dinamiklerinin yanı sıra ailede hastalık öyküsünün etkisinin hem hastalık riskleri hem de aile üyelerinin sağlığının geliştirilmesi konusunda anlaşılmasını yansıtır.

Toplum odaklı bakım, toplum bağlamında verilen bakımı ifade eder. Topluma bağlı olarak sunulan temel bakımın (COPC) ayırt edici özelliği, tanımlanmış bir nüfusun sağlık ihtiyaçlarını dikkate almasıdır. Bu nedenle COPC, yalnızca sağlayıcı tarafından görülen hastaların ve ailelerin değil, aynı zamanda toplumdaki sağlık bakımı ihtiyaçları karşılanmayan insanların sağlık ihtiyaçları ve sağlık bakım ihtiyaçlarını etkileyen toplulukların özellikleri ile ilgilidir.

Kültürel olarak yetkin bakım, sağlığı etkileyen insanların inançlarına, kişilerarası tarzlarına, tutumlarına ve davranışlarına saygı duyan ve onurlandıran bakım anlamına gelir. Sağlığı korumak ve geliştirmek açısından inançları, tutumları ve yönelimi eylem ve davranışa dönüştürmeye yardımcı olan becerileri ifade eder (Yerebakan, 2000: 14; Delve, 2022: 7-16).

Sağlık hizmetleri organizasyonu ve sunumunun evrimindeki eğilimler, temel sağlık hizmetleri alanında yeni araştırmaları ve programlı çabaları teşvik etmiştir. Birinci Basamak Değerlendirme Araçlarının çerçevesi ve geliştirilmesi, farklı türdeki sağlık hizmeti organizasyonlarına ve planlarına kayıtlı nüfuslar açısından birinci basamak bakımın ne ölçüde sağlandığını belirlemeye bağlı olarak sunulan devam eden çabaların bir sonucudur (Han ve Oh, 2021: 673-677).

Sağlık Hizmetleri Kavramı "Sağlık Hizmetleri, Tıp Bilimleri standartları dahilinde, bireyin bedensel bütünlüğüyle benimsenen organizma, düzen ve uyum, ancak psikiyatri biliminin ruh sağlığı koşulları tarafından kabul edildiği ölçüde korunması, tedavi edilmesi ve rehabilite edilmesi amacı ile toplumu iyileştirmektir." Sosyal ve çevre politikasının yaşam standartları, Toplam Kalite Yönetiminin odak

noktası olarak gördüklerini, bunlardan birini, bir kısmını veya tamamını gerçekleştirmek amacı ile, yükseköğretimi uluslararası standartlara uygun konularda gördüklerini, nitelikli insan kaynakları, erişilebilir bilimsel bilgi, ileri teknoloji ve sağlık bilimleri tıp işletmeciliği ve uluslararası kabul görmüş tüm bilimleri kullanarak her türlü faydalı cihazı yetiştiren kamu, özel girişimciler, sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler ve nitelikli aracılığıyla sunulan farklı fiziki kaynaklara ait diğer kuruluşları kullanan Evrensel kaynakların toplamıdır. Hizmetler" şeklinde tanımlanır (Huynh vd., 2023: 224-228).

Temel sağlık, sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alır ve aynı zamanda ekonomik bir yaşam sürdürmek ile ilgili bir kavramdır. Temel sağlık, yakın çevrede yaşayan ve büyüyen insanlarla ilgili aile ve sağlık sistemi ile ilgili ilk tıbbi noktayı tanımlamaktadır (Pardes ve Pincus, 2010: 1264-1265: 1264-1265).

En son ileri teknolojilerle geliştirilmiş ileri teknolojik sistemlerden oluşan kapsamlı sağlık sistemleri, küreselleşen dünya sağlık eğitimi, 2000 yıllık küresel sağlık politikalarının son derece gelişmiş küresel sağlık hizmetleri ve dünya sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi gereken noktalarından birisidir (Kim, 2020: 376).

Sağlık, hizmet içeriği olarak tüm ürün içeriklerine sahiptir, ayrıca maddi malzemeleri de içermektedir. Sağlık ekipmanı tanımının bu donanım üzerindeki uygulamalarda kullanıma hazırlanması zordur. Gruplamanın bir diğer alanı, sağlık ürün ve hizmetlerinde belirtilmeyen öğeler olan "sağlık departmanları"dır. Sağlık hizmetine en yakın kullanıcı grubu kronik hastalıkları olanlar veya yaşlılardır. Sağlık hizmetleri, hastaneler, klinikler, laboratuvarlar, huzurevleri vb. kuruluşlarda verilmektedir.

Sağlık hizmetleri, kamu veya özel kişiler tarafından kişi yanı sıra kurumsal olarak insanların sağlığının korunması, tanı, tedavi ve bakımına bağlı olarak sunulan verilen hizmetler olarak tanımlanabilir. Bu tanımın özellikleri şu biçimde özetlenebilir (Lee, 2021: 72-80):

i. Sağlık hizmetleri faaliyetleri "insan sağlığının korunması" ve "tanı, tedavi, bakım" olarak iki ana grupta toplanmıştır. Sağlık hizmetleri kurumsal olarak sağlanabilir.

ii. Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma olduğu için sağlık hizmetlerinin kuruluşlar tarafından verilmesi daha yaygındır. Özellikle bir ekiple sunulan son hizmetin üretilmesi ve daha etkin sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı gerektirebilir.

iii. Sağlık hizmetleri, kamu veya özel kişiler tarafından verilen hizmetlerdir. Değişim (gelişim) sürecinin bir kar amacı olup olmadığı önemli değildir. Önemli olan, sağlık hizmetlerinin temel amaçlarından biri olan hizmet aracılığıyla ihtiyaçların karşılanmasıdır. Bu yönü ile sağlık hizmetleri sektöründe kar amacı gütmeyen ticari kuruluşların yanı sıra kar amacı gütmeyen kuruluşlar da bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı açısından geliştirilen tüm özelliklere sahip olmakla birlikte, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetlerinin tanımı gereği, bu sektördeki kuruluşları tanımlamak ve sınıflandırmak oldukça zordur. Sınıflandırmaya dahil olan kişiler, sağlık hizmeti talep eden ve sayısı oldukça fazla olan “sağlık hizmetleri tüketicileri” dir. Sağlık hizmeti tüketicilerine en yakın olan diğer grup (hastalar veya potansiyel hastalar) “sağlık hizmeti üstlenenler” dir. Bunlar; serbest çalışan doktorlar, hastaneler, klinik ve sağlık koruma kuruluşları, laboratuvarlar, huzurevleri ve eczanelerden oluşmaktadır. Bu iki gruba sağlık ürünleri sağlayan grup “sağlık hizmeti ve ürünleri sağlayanlar” dır. İlaç firmaları, tıbbi malzeme, cihaz ve ekipman sağlayan kuruluşlardan oluşan bu grubun en önemli özelliği kar amaçlı çalışmaları ve ileri pazarlama tekniklerini kullanmalarıdır. Son grup yanı sıra sağlık kurumları, sigorta şirketleri ile merkezi ve yerel sağlık birimlerinden oluşan "sağlık sektörü kurucuları" dır. (Mozumder vd., 2022: 256-261).

Sağlık kurumları hizmet üretir; bu nedenle mal üreten sektörden farklı birtakım özelliklere sahiptirler. Bu özellikler aynı zamanda sağlık yönetimi sektörünün nedenlerini de oluşturmaktadır. Mal üretim sektörü ile hizmet üretim sektörü ve dolayısıyla sağlık sektörü arasındaki önemli farkları şu biçimde açıklamak mümkün olmaktadır (Yerebakan, 2000: 46-48):

i. Bir iyilik ”bir nesne, bir araç, bir şey” iken; Bir hizmet ”bir eylem, bir performans, bir çaba” dır. Üretilen bir mal elde tutulur, gözle görülür; Ancak hizmet elde tutulmaz, gözle görülmez, duyulamaz, sergilenemez, ölçü birimi ile ifade edilemez.

ii. Hizmette üretim ve tüketim eş zamanlıdır. Yani, hizmet üretildiği anda tüketilir. Bu nedenle, hataları ve eksiklikleri gözlemlemek ve düzeltmek daha zordur. Örnek olarak bile, bir hasta yanlış tedavi sonucu sakatlanır veya ölürse, hata veya ihmalin sonucunu düzeltmek mümkün değildir.

iii. Bir ürünün üretimi sırasında, bir fabrikada veya atölyede çalışanlar ve tüketiciler yüz yüze gelmezler. Ancak hizmet sektöründe tüketici ile doğrudan temas bulunmaktadır; iletişim yüz yüze gerçekleşir. Bu nedenle, giyim, konuşma, davranış vb. hizmeti sağlayanlar tüketiciyi etkiler.

iv. Üretim sektöründe, mamul malların stoklanması mümkün olmakla birlikte, hizmetlerin stoklanması mümkün değildir. Kuşkusuz, bina, ekipman ve insan gücü hizmet sunumu açısından hazır tutulabilir, ancak bunlar ürünün kendisini değil, verimli kapasiteyi temsil eder. Bir hizmet işletmesinde kullanılmayan kapasite, boşa giden bir musluk gibidir.

v. Sağlık sektörü yüksek düzeyde mesleki yeterlilik gerektirir. Hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabilir; Teknik olarak hangi muayene veya tedavinin kendisi için uygun ve etkili olacağına karar veremeyebilir ve kendisi hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir. Hasta, tükettiği sağlık hizmetlerinin kalitesi, fiyatı ve kalitesi hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Ayrıca doktorun hastanın hastalığı hakkında yeterli bilgi sağlayamaması / verememesi asimetrik bilgi oluşumuna yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerini diğer ürün ve hizmetlerden ayıran birçok farklı özellik bulunmaktadır. Burada, insan vücudu neredeyse kapalı bir kutudur ve kendisinin müdahale etme hakkı yoktur. Tüketicilerin satın aldıkları hizmet hakkında en az ayrıntıya sahip oldukları hizmet türü şüphesiz sağlık hizmetleridir.

vi. Üretim sektöründe, tek tip tipte çok sayıda mal üretilmektedir. Sağlık sektörüne ek olarak, her biri ayrı bir birey olarak ele alınması gereken hastalara hizmet verildiği için hizmet üretimi çok daha karmaşık bir süreçtir.

vii. Aksine, mal üretim sektöründe sermaye yoğun teknoloji kullanılmaktadır. Sağlık sektörünün yanı sıra yüksek teknoloji kullanılmasına rağmen sağlık alanında emek yoğun bir üretim söz konusudur. Bu bağlamda yapılan çeşitli çalışmalar, sağlık işletmelerinde toplam maliyetin yaklaşık üçte ikisini insan kaynaklarının oluşturduğunu da göstermektedir (Bektemür vd., 2018: 101-108).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Bir toplum içindeki sağlık göstergeleri, özellikle insan mutluluğunun temel kaynağını oluşturan sağlık durumunu yansıtan temel göstergelerdir. Bu yönüyle bireylerin sağlığının korunması ve toplumların sağlık durumunun iyileştirilmesi, hükümetleri önemli bir devlet görevi olarak ilgilendirdiği gibi, bireylerin sağlık hizmetlerine bağlı olarak sunulan artan talebi de tüm dünyada sağlık piyasalarının gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Mozumder vd., 2022: 256-261).

Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını şu biçimde sıralamak mümkün olmaktadır (Bektemür vd., 2018: 101-108):

* Kaliteli hasta bakım ve tedavi hizmetlerinin en düşük maliyetle üretilmesini sağlamak ve ihtiyacı olanlara sunmak.

* İstihdam politikası, makro düzeyde kullanılacak tıbbi ve teknolojik eğitim ve araştırma yöntemlerine ilişkin en güncel bilgilere dayanarak ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak açısından, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli önlemleri alır.

* Milli geliri ve hastalardan elde ettikleri geliri en ekonomik biçimde kullanarak daha fazla hastaya bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunmak.

Amaç, hastaya uygun sağlık hizmetlerinde mümkün olan en kısa sürede, düşük fiyat seviyesinde, güler yüzlü ve şefkatli, aynı zamanda kendini bilgilendirici tarzda alternatif tedavi yöntemleri sunarak, tıp etiği ve deontoloji ilkelerine uygun, eldeki imkanlar ölçüsünde ulaşılmasını sağlamak ve tıbbi anlamda en iyi hizmeti sağlamaktır (Mystakidis, 2022: 486-497).

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri aslında bir bütün olmakla birlikte, anlaşılmasını kolaylaştırmak amacıyla sağlık hizmetleri dört ana bölümde incelenmekte ve tanımlanabilmektedir. Bu dört bölüm klasik olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın teşviki ve

geliştirilmesi hizmetleri şeklinde ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin bu dört bölümünü şu biçimde açıklayabiliriz:

Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi açısından verilen hizmetlerle yapılan düzenlemelere koruyucu sağlık hizmetleri denir. Sağlık koruma önlemleri esas olarak üç düzeyde ele alınmaktadır. Bu önlemlere ek olarak(Thomason, 2021: 13-16: 11):

i. Birincil Koruma: Bireysel veya sosyal düzeyde sağlığın iyileştirilmesi için aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal durumunun iyi olması açısından gerekli önlemlerin alınmasını ifade etmektedir.

ii. İkincil Koruma: Sağlığın bozulması olasılığı karşısında, sosyal düzeyde olduğu kadar bireyde de erken tanı ve tedavi önlemlerinin alınmasını ifade etmektedir.

iii. Üçüncül Koruma: Hastalığa bağlı gelişebilecek sakatlık ve kalıcı rahatsızlıkların en aza indirilmesi, hastanın yeni duruma uyumunu sağlayarak yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından alınması gereken önlemleri barındırmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri de kişiye bağlı olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri ve çevreye bağlı olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri olarak kendi açısından ikiye ayrılmaktadır.

i. Terapötik Sağlık Hizmetleri: Terapötik hizmetler, sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık seviyelerine ulaşmalarını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Terapötik sağlık hizmetleri, diğer sağlık çalışanlarının katkılarıyla, esas olarak hekimin sorumluluğu altında yürütülmektedir. Terapötik sağlık hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere üçe ayrılır. Ayrıca bu hizmetler çoğunlukla kliniklerde ve hastanelerde verilmektedir (Tengilimoglu vd., 2015: 49).

ii. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri: “Rehabilitasyonun, hastalık veya yaralanmaların, böylece bozulan fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevlerin ve hastanın eski çalışma alanının azalan gücünü yeniden kazanması için daha uygun bir biçimde gönderilmesi veya tıbbi ve cerrahi ve sosyal çalışmalara hazırlanmak amacıyla ticari faaliyetlerde bulunulması, şeklinde tanımlanır. (Albayrak, 2019: 38). Bu hizmetler tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

Sağlığın İyileştirilmesi Hizmetleri: Sağlığın iyileştirilmesi hizmetleri, sağlıklı insanlara sağlık durumlarını daha üst düzeye çıkarmak amacıyla verilen hizmetlerdir. Bu tür hizmetlerin asıl sorumluluğu bireylere aittir. Sağlığı, fiziksel ve zihinsel sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşam beklentisini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Karasavuran vd., 2011: 185-2012).

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

I. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

1. Çevreye Bağlı olarak sunulan Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
2. Bireye Bağlı olarak sunulan Koruyucu Sağlık Hizmetleri,

II. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

1. Birinci Basamak Tedavilere Sunulan Hizmetler,
2. İkinci Basamak Tedavilere Sunulan Hizmetler,
3. Üçüncü Basamak Tedavilere Sunulan Hizmetler,

III. Rehabilitasyon (Esinlendirici) Hizmetler

1. Tıbbi Rehabilitasyon,
2. Sosyal Rehabilitasyon,

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında kullanılan bir diğer sınıflandırmada ise; Kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşları ve kar amacı güden sağlık kuruluşları şeklinde yapılan ayrımdır. Kâr amacı gütmeyen sağlık kuruluşları daha çok kamu, vakıf ve derneklere ait sağlık kuruluşları iken, kar amacı güden sağlık kuruluşları sermayenin yanı sıra özel sektöre ait sağlık kuruluşlarıdır.

2.2.3.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Mal üretim sektörü ile hizmet üretim sektörü arasında yukarıda sıralanan temel farklılıklara ek olarak; sağlık işletmelerinin bir takım ayırt edici özellikleri şu biçimde özetlenebilir:

- Çok sayıda meslek grubu birlikte hizmet vermektedir: çok farklı sağlık hizmetleri (poliklinikler, ameliyathane, acil servis, eczane vb.) yanı sıra otel hizmetleri (banyo, tuvalet, çamaşırhane, ütü vb.), teknik hizmetler (bakım,

onarım, aydınlatma, havalandırma vb.), otomasyon, eğitim, araştırma, danışmanlık / Hizmet Dışı Bırakma, ulaşım ve sınırlı alanda bir dizi başka işlev bir arada bulunur (Yerebakan, 2000: 48).

- Yapılan iş karmaşık ve değişkendir: Sağlık kurumlarının temel işlevleri olan tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra eğitim ve araştırma hizmetleri de verebilirler. Sağlanan hizmetlerin sayısı ne kadar fazla olursa, karmaşıklık derecesi de o kadar yüksek olur. Örneğin bir üniversite hastanesi, amaçları ve görevleri bakımından bir devlet hastanesinden çok daha karmaşıktır. Çünkü üniversite hastanesinde tanı ve Tedaviye yönelik verilen hizmetlerin yanı sıra eğitim, araştırma, çok daha karmaşık vakaların tedavisi gibi hizmetler de verilmektedir. Yine aynı hastalığın tedavisinin yaş, cinsiyet, ırk, genetik özellikler gibi faktörler nedeniyle kişiden kişiye farklılık göstermesi, tıbbi bakım hizmetlerinde standardizasyonun sağlanamamasına yol açmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 54-55). Hastalıkların çok faktörlü doğası ve bireysel hastaların farklılıkları nedeniyle, hizmetler bireye özgüdür; standartlaştırılmazlar (Yerebakan, 2000: 48).
- Yürütülen faaliyetlerin çoğu acildir ve ertelenemez: Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz hizmet verilmektedir. Sağlık durumu kötüleşen kişiler istedikleri zaman sağlık hizmeti almak açısından sağlık kurumlarına başvurabilirler. Başvuruları bilimsel, hukuki ve etik açıdan reddetmek mümkün değildir. Hastaların hizmeti kullanmasının ertelenmesi de söz konusu değildir. Örneğin, kanaması olan bir hastanın tedavisini ertelemek, ölüm tehlikesini beraberinde getireceği için mümkün değildir (Wosik vd., 2020: 957-962: 957-962).
- Yüksek düzeyde bir uzmanlık bulunmaktadır: hastalıkların oluşumunda ve tedavisinde değişiklikler, yeni hastalıkların ortaya çıkışı, bilim ve teknolojinin hızla gelişmesi uzmanlık derecesini artırır (Yerebakan, 2000: 49).
- Sağlık kuruluşlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle, farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde bir koordinasyon gereklidir: işlevsel bağımlılık, bir bireyin veya bir başka bireyin veya birimin işini yapabilmesi için birimin hizmet talebidir. Bir sağlık kurumuna başvuran

hastaya çok sayıda kişi ve birim hizmet vermektedir. Hekimler tanı ve tedavi hizmeti, hemşireler tedavi hizmeti, eczacılar ilaç hizmeti vermektedir. Bir bireyin sağlık kurumlarındaki çalışmalarının çeşitli nedenlerle aksaması, sağlık kurumunu bir bütün olarak olumsuz etkileyecektir. İşlevsel bağımlılığın çok olduğu sağlık kurumlarında yönetimin temel görevlerinden biri koordinasyonun sağlanmasıdır. Koordinasyon fonksiyonu sayesinde yöneticiler farklı birey ve birimlerin faaliyetlerini uyumlu hale getirir ve onları ortak bir hedefe yönlendirir. Birçok farklı meslek grubunun bir arada hizmet verdiği hastanelerde bir noktada yaşanan aksaklık tüm kurum/hizmeti yoğun bir biçimde olumsuz etkilemektedir. Koordinasyon açısından farklı birimlerin bir arada çalışması çok önemlidir (Yerebakan, 2000: 49).

- Çatışmaya yol açan ikili bir otorite yapısı bulunmaktadır: hastanelerde çalışan insan kaynakları büyük ölçüde profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kendi alanlarındaki bilgi ve deneyimlerinden doğan yetkiye sahiptir. (Kavuncubaşı, 2000: 54).

Günümüzde sağlık alanında profesyonelleşme koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemli bir hale gelmiştir. Profesyonelizme göre sağlık konusu profesyonellerin yetki alanındadır ve her meslek alanındaki işlerin, hizmetlerin neler olacağını, nasıl sunulacağını, kalite standartlarını belirlemek tamamen meslek sahiplerinin işidir. İnsan kaynakları ağırlıklı olarak sağlık işletmeleri, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflerine öncelik veren profesyonellerden oluşmaktadır. Profesyonelleşme, kurum çalışanlarının eğitim düzeyine karşılık gelir. İnsan kaynakları Sağlık kurumlarında çalışan hem hekim hem de hekim olmayan, hemşire, eczacı, psikolog, fizyoterapist gibi meslek mensupları üniversite mezunudur. Profesyonel insanlar profesyonel hedeflere odaklanır ve onlar için profesyonel hedefler kurumsal hedeflerin önündedir. Bir doktorun temel amacı, maliyeti göz önünde bulundurmadan hastayı en iyi biçimde tedavi etmek iken, sağlık kurumları yöneticisinin temel amacı aynı anda kalite ve verimlilik elde etmektir. Zaman zaman yönetimin kalitesini ve verimliliğini artırmak amacıyla ortaya konulan kurallar, profesyonel kişiler ile yönetim arasında kararlı bir biçimde çatışmalara neden olabilmektedir (Yıldırım, 2012: 65-73: 69). Çok uzun ve zorlu bir eğitimden geçmiş profesyoneller mesleki hedeflere yoğunlaşır ve mesleki etik çerçevesinde çalışırlar.

Yöneticilerin odaklandığı mesleki hedefler ve kurumsal hedefler çatışabilir (Yerebakan, 2000: 49-50).

• **Hizmetin ve dolayısıyla gelirin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik fonksiyonları, tümüyle denetlenebilir özellikte değildir:** Sağlık kurumlarındaki hizmet miktarı doktorların iş talebine göre gerçekleşmektedir. Örneğin röntgen teknisyeni doktora sormadan film çekemez veya laboratuvar teknisyeni kan tahlili yapamaz. Yapılan bir dizi çalışmada sağlık harcamalarının %75'inin doktor kararlarına bağlı olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kurumlarında kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak için doktorların karar ve davranışlarını denetleyen yönetsel ve kurumsal organlara ihtiyaç vardır (Yılmaz, 2001: 69-74).

• **Yapılan işlemlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır:** Tanı ve tedavi sürecinde yapılan hatalar veya yaşanan gecikmeler kişinin hayatını doğrudan etkilemekte ve geri dönüşü olmayan sorunlara neden olabilmektedir. Deneme şansı yoktur; her işlem "ilk defa ve her zaman doğru" yapılmalıdır (Yerebakan, 2000: 50). Sağlık hizmetleri yönetimi doğrudan insan sağlığı ve yaşamı ile ilgilidir. Herhangi bir sanayi kuruluşundaki yönetim kararlarının yanlışlığı, en büyük üretim kaybına veya parasal hasara neden olur. Yanlış kararlar sağlık yönetiminin yanı sıra insan yaşam kalitesinin düşmesine hatta insan yaşamına mal olmasına ve toplumun sağlık düzeyinin bozulmasına neden olmaktadır (Skalidis vd., 2022: 306-313).

• **Sağlık hizmetlerinin birincil amacı kar etmek değildir:** Diğer tüm sektörlerden farklı olarak sağlık sektörü kar amacı gütmemektedir ya da ilk amacı kar elde etmek değildir. Bununla birlikte, birincil amacı kar elde etmek olan az sayıda sağlık kuruluşu, hem ülkemizde hem de dünyanın diğer ülkelerinde görülmektedir (Thomason, 2021: 13-16).

• **Sağlık hizmetleri üretim faktörleri kıt kaynaklardandır:** Sağlık hizmetlerinin sunulduğu meslek sektöründe bilimsel tıbbın uygun, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde kullanılan hizmetlerin sağlanması yönetici, hekim, hemşire, ebe, teknik personel vb. profesyonel insan kaynakları, hem binalar, araçlar hem de tıbbi ekipmanlar son derece maliyetli ve kıt kaynaklar arasında yer almaktadır (Thomason, 2021: 13-16).

• **Sağlık sektörü diğer sektörlerle oranla çok hızlı değişip gelişen bir sektördür:** Sektörlerin gelişim ve değişim sürecine baktığımızda sağlık sektörü diğer

birçok sektörden hızla gelişmekte ve diğer gelişmekte olan sektörlerden hızla ve yoğun bir şekilde etkilenmektedir. Örneğin, uçak endüstrisinin son 50 yılına baktığımızda, uçakların model, konfor ve hız özelliklerinde bir gelişme ve değişim yaşandığı görülmektedir. Sağlık sektörünün yanı sıra son 50 yılda devrim olarak nitelendirilebilecek düzeyde gelişmeler sağlanmıştır; özellikle bilgisayar teknolojisindeki gelişmeler sağlık sektörünü çok yakından etkilemiştir (Skalidis vd., 2022: 306-313).

Tüketicilerin akılcı olmayan davranışları: Genel olarak, ürün ve hizmetlerin satın alınmasında tüketicilerin rasyonel seçimler yapacağı ve kendi bakış açılarından en iyisini seçeceği varsayılmıştır. Sağlık uygulamalarına ek olarak, üç önemli konuda önemli irrasyonel davranışlar vardır. Birçok tüketici hasta olmasına rağmen tedavi talep etmemekte, hatta hastalığının farkında bile olmamaktadır. Bu davranış, Pazar mekanizmasının çalışmayı durdurmasına neden olurken, hastalıkların tanımlanmasına bağlı olarak sunulan tarama hizmetlerine büyük miktarlarda harcama yapmak zorunda bırakmaktadır. Akıl hastaları gibi gruplar “tüketici üstünlüğü” kavramına uymazlar, çünkü kendi özgür iradeleriyle seçim yapma becerisine sahip değildirler. Pazarlamanın, alışverişin temel işlevi genellikle her iki tarafın talebi üzerine karşılıklı olarak gerçekleştirilse de, bazı durumlarda sağlık hizmetleriyle ilgili farklı bir durum ortaya çıkmaktadır. Çoğu tüketici özgür iradesiyle seçim yapma yeteneğine sahip olmadığı için tüketici üstünlüğü kavramına uymamaktadır. Diğerleri onların yerine seçim yapar ve sağlık hizmeti talep ederler. Buna ek olarak, birçok tüketici hasta olmasına rağmen tedavi talep etmemektedir, hatta hastalıklarının farkında olmayabilir. Bu durum, Pazar mekanizmasının çalışmasına neden olurken, hastalıkların tanımlanmasına bağlı olarak sunulan tarama hizmetlerine büyük meblağlar harcamak zorunda kalmaktadır. Diğerleri hasta yerine seçimi yapar ve sağlık hizmetini talep ederler. Acil sağlık hizmeti talep eden hastalar tercihlerini belirtmezler. Bu mantıksız davranışta, diğer ürün ve hizmetlerin aksine, talep ve tercihin belirlenmesi dış etkenlerden etkilenecektir (Thomason, 2021: 13-16).

Tıbbi kurumların bu özelliklerinden bazıları üretim (imalat) ve hizmet işletmelerinde de bulunabilir, ancak bu özelliklerin derecesi tıbbi kurumlarda diğer işletmelere kıyasla çok daha yüksektir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre terapötik sağlık hizmetlerinde kişisel hedefler ön plandadır. Bu tür hizmetlerde, hizmeti kullanan kişi doğrudan hizmetten yararlanır. Bununla birlikte, hastanın hastaneye yatırılması ve tedavisi, hastalığın toplumun diğer üyelerine bulaşma olasılığını azalttığı ölçüde dışsal faydalar sağlar. Ağır akıl hastalarının gözlemlenmesi ve tedavisi de aynı şekilde dışsal faydalar sağlar. Terapötik sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden biri, serbest piyasa koşulları açısından cazip olması ve bu nedenle sadece kamu kurumları tarafından değil, özel girişimciler tarafından da sunulmasıdır (Wiederhold, 2022: 267-269).

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık veya sakatlık oluşmadan önce bu risklerle ilgilenen bir mücadele şeklidir. Bu özelliğinden dolayı koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sağlanması gerekmektedir. Hastalık oluşmadan önce kişilerin korunması açısından verilen tüm hizmetler koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında toplanmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin çevresine olumlu etki yapabilmesi için, kişinin sağlığını iyileştirmek ve korumak amacıyla çevreye bağlı olarak yerine getirilmekte olup, kişiye bağlı olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, kişiye bağlı olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri doğrudan kişiye bağlı olarak incelenebilmektedir.

2.2.3.1.1. Çevreye bağlı olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri

Kişinin çevresinde bulunan ve sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal faktörleri yok ederek ya da insanları etkilemesini engelleyerek çevreyi olumlu hale getirmeye yönelik tüm çabalar koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında toplanmaktadır. Çevreye Bağlı Olarak sunulan Koruyucu Sağlık Hizmetleri, ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziksel  evre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasına bağlı olarak sunulan tüm girişimlerdir. Çevreye bağlı olarak verilen sağlık hizmetleri, bu konuda özel eğitim almış mühendisler, kimyagerler, veteriner hekimler, teknisyenler ve benzeri profesyoneller tarafından yürütülmektedir.

Bu hizmetlerin amacı,  evre sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri yok ederek veya bu faktörlerin insanları etkilemesini engelleyerek

çevreyi olumlu hale getirmektir. Bu hizmetlere çevre sağlığı hizmetleri de denir. Bu hizmetlerden bazıları aşağıda listelenmiştir (Wosik vd., 2020: 957-962):

- Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi,
- Katı atıkların denetimi,
- Zararlı yaratıklarla mücadele,
- Gıda sanitasyonu,
- Hava kirliliğinin kontrolü,
- Gürültü kirliliğinin kontrolü,
- İş sağlığı,
- Radyolojik zararlıların kontrolü,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Radyasyonla savaş.

Bu hizmet gruplarından ve türlerinden de anlaşılacağı üzere çevreye bağlı olarak verilen koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen çok diğer sektörleri ve meslek gruplarını ilgilendiren bir hizmet türüdür. Bu konuda sağlık sektörünün temel görevi; eğitim, danışmanlık, denetim ve rehberliktir (Han ve Oh, 2021: 673-677).

2.2.3.1.2. Kişiyi bağı olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri

Toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmaya ve en erken dönemde teşhis konarak ve hastalanmaları halinde insanları yok etmeden veya en az yıkımla tedavi etmeye yönelik hizmetler bu grup altında toplanmaktadır. Bu gruptaki başlıca hizmetler şunlardır;

- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaç koruması (kemoprofilaksi),
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Anne çocuk sağlığı ve aile planlaması,
- Kişinin düzenli hijyeni.

Hizmet tanımları ve türlerinden de anlaşılacağı üzere bu hizmet grubu özellikle sağlık sektörü ve sağlık personeli tarafından yürütülen hizmetlerdir.

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

- i. Sunumu terapötik hizmetlerden daha etkili ve ucuzdur.
- ii. Uygulanması daha kolaydır.
- iii. Sunumunda çok fazla ekipman ve personele ihtiyaç yoktur.
- iv. Görevli personelin nitelikleri çok yüksek olmak zorunda değildir.
- v. Kullanılan teknoloji basittir, bu nedenle ucuzdur.
- vi. Hastanelerin hasta yükünü azaltır.
- vii. İş gücü kaybını en aza indirir.
- viii. Aynı zamanda, bu hizmetlerin sağlanmasında çevre düzenlenir (sıtma önleme çalışmalarında bataklıkların kurutulması gibi).

2.2.3.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri (Terapötik sağlık hizmetleri) arasında muayene, tanı, tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları yer almaktadır. 9 Haziran 1936 tarihinde ülkemizde devlet adına tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, 3017 sayılı Kanunla kesin olarak belirlenen Sağlık Bakanlığı görevleri arasındadır. Bununla birlikte, diğer bakanlıklar, kamu kuruluşları, tıp fakülteleri ve diğer özel kuruluşlar da terapötik sağlık hizmetlerine katılmaktadır (Delve, 2022: 7-16).

Tedavi edici sağlık hizmetleri (Terapötik sağlık hizmetleri), hastalanmaları engellenemeyen bireylerin eski sağlık düzeylerine ulaşmaları amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler diğer sağlık çalışanlarının katkılarıyla hekimin sorumluluğunda verilmektedir (Varınlı ve Çakır, 2004: 33-52). Devlet bu tedavi hizmetini ülke halkının erişebileceği her yere götürmekte, Sağlık Bakanlığı kurumlarında sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumu kötü olan kişilere doğrudan veya sosyal yardım kuruluşlarının desteği ile ücretsiz tedavi hizmeti sunulmaktadır (Huny vd. 2022: 350-355: 350-355).

Tedavi hizmetlerinin bir diğer özelliği de hizmet üretiminin fiziksel olarak hastanın vücudunda gerçekleştirilmesidir. Bu nedenle, hasta tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmeli ve bunu istemelidir. Bazı tedavilerin ağırlı olması, uzun sürmesi ve sonucun belirsiz görülmesi tedavi hizmetleri için eksik bir talebe yol açabilir (Han ve Oh, 2021: 673-677).

Türk sağlık sistemine, Sağlık Bakanlığı tarafından işletilen merkezi bir devlet sistemi egemendi. Daha sonraki yıllarda özel sağlık hizmetlerinin devlet sağlık hizmetlerine oranını artırmayı ve sağlık hizmetlerini nüfusun daha büyük bir kesimine sunmayı amaçlayan kapsamlı bir sağlık reform programı başlatıldığı görülmektedir. Türkiye'de sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Sosyalleşme sistemi tüm ülkeyi kapsamakta, kırsal alanlarda daha etkin olmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu, sağlık evinde çalışan bir ebeden başlayarak, doktorun çalıştığı Ocak sağlık merkezleri (1. adım sağlık hizmetleri) ve Yatarak Tedavilere Verilen Hizmetler (2. adım sağlık hizmetleri şeklinde düzenlenmiştir). Başta Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı olmak üzere birçok Bakanlık, 1. ve 2. adım sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara sahiptir. Özel kuruluşlar olarak doktor muayenahaneleri, doktor grupları ve özel hastaneler sağlık hizmeti vermektedir. Ülke nüfusunun tamamının sağlığını güvence altına almak amacıyla 1994 yılında Parlamente'ya bir sağlık reformu tasarısı sunulmuştur. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti veren, hastaların ayakta veya yatarak teşhis ve tedavilerinin yapıldığı, ilgili mevzuatta tanımlanan sağlık kurumlarıdır. Birinci basamak poliklinik tanı ve tedavi hizmetleri sunan sağlık hizmeti sağlayıcıları; Yerinde birinci basamak sağlık hizmeti veren ilçe sağlık müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), Aile Sağlığı Merkezi (FHC), Halk Sağlığı Laboratuvarı (L1ve L2), 112 acil sağlık hizmeti birimi, evde bakım merkezi veya birimleri, işyeri sağlık ve güvenlik birimleri hizmetleri, belediye poliklinikleri, Özel poliklinikler, özel ağız ve diş sağlığı hizmetleri veren sağlık kurumları, mediko-sosyal birimler bünyesindeki üniversiteler, Türk Silahlı Kuvvetleri birinci basamak sağlık birimleridir (Kim, 2020: 376).

2.2.3.3. Rehabilitate edici sağlık hizmetleri

Hastalık ve kazalardan dolayı meydana gelen kalıcı bozukluk ve sakatlıkların günlük yaşamı etkilememesi veya bu etkinin en aza indirilmesi, kişinin beden ve ruhen başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetleri düzenlenmektedir (Yerebakan, 2000: 21; Öztürk, 2000a: 145). Rehabilitate edici hizmetlerin temel amacı, bireyleri ihtiyaçlara düşmekten korumak ve engellilerin işte, okulda, evde ve toplum açısından uyumlu bir şekilde yaşamalarını sağlamaktır.

Bu hizmetler iki şekilde sunulmaktadır:

Hastalık sonrası, sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle günlük hayatına devam edemeyen ve iş gücünü kaybedenlere verilen hizmetler bu başlık altında toplanmaktadır (Kim, 2020: 376). İnsanların hastalık ve kazalar sonucu kaybettikleri fiziksel ve zihinsel becerilerin restorasyonuna bağılı olarak sunulan hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri, koordine ve bütünleşik tıbbi, sosyal, eğitimsel ve mesleki faaliyetlerle kaza ve hastalıklar sonucu yaralanan ve engelli olan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılır.

Tıbbi Rehabilitasyon: Kalıcı fiziksel bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik verilen hizmetlerdir. Duruş bozukluklarının düzeltilmesi, uzuvlarda protez kullanımı (kollar ve bacaklar gibi uzuvlar), işitme, görme vb. kusurları en aza indirmeye yönelik çalışmalar örnek olarak gösterilebilir (Yerebakan, 2000: 21).

Sosyal Rehabilitasyon: Engellilerin veya engellilerin işe uyum sağlama, yeni bir iş bulma ve günlük hayata aktif katılımlarını sağlama açısından öğretme, başkalarına bağımlı olmadan yaşama çalışmalarını içermektedir (Yerebakan, 2000: 22).

2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetleri, fiziksel ve zihinsel sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşam beklentisini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Günümüzde birçok hastalığın kaynağı insanların yaşam tarzları ve alışkanlıklarıdır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetleri kapsamlıdır ve sağlık eğitiminden farklıdır. Sağlık eğitimi bireyleri ve grupları hedef alan, son derece kapsamlı bir eğitim olup; halkı sağlık konusunda bilgilendirmeyi ve farkındalık düzeyini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetlerinin yanı sıra, bireylerin ve toplumun sağlık durumunu yükseltmeyi, çevreyi, siyasi ve sosyal yapıyı ulusal ve uluslararası ölçekte değiştirmeyi amaçlamaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetleri sadece sağlık kurumlarının değil, ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarının görevidir (Harrisyon, 2004: 411-422). Sağlık hizmetlerinin gelişimini ve gelecekteki durumunu öngörebilmek için “koruyucu sağlık hizmetleri” kavramı ile “tedavi edici sağlık hizmetleri” kavramı arasındaki fark üzerinde durulmalıdır.

Terapötik hizmetler, genel olarak önleyici hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçların düzeltilmesi amacıyla düzenlenen hizmetlerdir. Bu durumda toplumdaki bireylerin sağlığı, temiz içme suyu sağlanması, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, beslenme durumunun geliştirilmesi, sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesi gibi önlemlerle korunamayacağı gibi, sağlık sorunları ve ortaya çıkan hastalıklar da sağlık kuruluşları tarafından göz önüne alınacaktır. Genel olarak sağlık hizmetleri kavramının tüm toplumlarda tedavi hizmetleri kavramıyla eş anlamlı olarak kullanılmasının altında yatan anlayış budur (Delve, 2022: 7-16).

Temel sağlık hizmetleri kentsel ve kırsal alanlara eşit olarak sağlanamamaktadır. Kırsal kesimde temel sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkileyen uzaktan yararlanma, sağlık kuruluşlarının ve sağlık insan gücü yetersizliği gibi bir dizi faktörün yanı sıra kırsal kesimde devletin sunduğu hizmet çeşitliliğinin kentsel alanlara göre temel sağlık alanında daha az olması önemli bir faktördür. Toplumumuzun kırsal kesimlerine sunulan temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri iken, kentsel alanlara bağlı olarak sunulan temel sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri dışında tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir (Huny vd. 2022: 350-355).

2.2.4.1. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlığın teşviki kavramı ilk olarak büyük tıp tarihçisi Henry E. tarafından ortaya atılmıştır. Sigerist'in sağlığın dört temel görevini tanımlaması sırasında kullanılmıştır.

Bu görevler şunlardır;

- i. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi,
- ii. Hastalıkların önlenmesi,
- iii. Hastanın iyileştirilmesi ve
- iv. Rehabilitasyon.

Sigerist, iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlence anlamına gelen fiziksel kültürün oluşturduğu uygun bir yaşam standardı sağlanarak sağlığın iyileştirileceğini belirtmektedir (Chapman vd., 2022: 545-547).

Sağlık sektöründeki yatırım harcamalarındaki artış, yapılan yatırımların verimli olup olmadığı, hastane hizmetlerinin iyileştirilip iyileştirilmediği ve hizmet kalitesini etkileyip etkilemediği sorusunu gündeme getirmektedir. Sağlık hizmeti veren kurumlar, yapılan yatırım harcamaları ile birlikte hizmet verdikleri kişilerin beklentileri doğrultusunda kendi yapılarını geliştirmeye devam etmektedir. Hastanelerin hastaların beklentilerine cevap verebilmesi açısından; hasta hastaneye girdiği andan itibaren hastalara en kısa sürede ve en güvenli şekilde ihtiyaç duydukları bakım verilmelidir. Bu açıdan bakıldığında ekonomik gelişmeye paralel olarak sağlık hizmeti üreticilerinin sağlık hizmeti üretimi açısından yatırım amaçlı yaptıkları harcamaların da daha anlamlı olmaya başladığı görülebilmektedir.

Bu bağlamda, yatırım çeşitli anlamlara sahip bir kavramdır, ekonomide, yeni üretim birimlerinin (işletmelerin) kurulması veya eski birimlerin yenilenmesi açısından tahsis edilen milli gelirin bir parçasıdır. Yani milli gelirin harcanmayan (tasarruf edilen) kısmı bu dönemde sermaye malına veya üretim ekipmanına yapılan eklemelerdir (Uğurluoğlu, 2015: 52-63).

Finans dilinde, yatırımın yanı sıra gelir getirmeyen parasal bir varlığın gelir getiren daha az likit bir forma dönüştürülmesidir. Örneğin, bir kişinin parasını yastığının altına değil de bir vadeli mevduat hesabına yatırmak bu anlamda bir yatırım olarak düşünülebilir (Tosun, 2018: 63).

Tanımdan da anlaşılacağı gibi yatırım:

1. Yeni üretim üniteleri kurmak,
2. Eskiye üniteleri yenilemek amacıyla yatırıma gidilmesidir (Aktepe, 2006:166).

Sağlığa yönelik fiziksel kapasitenin geliştirilmesi, sağlığın gelişimi için yatırımların artırılması, sağlık için ortaklıkların sürdürülmesi ve sağlık hizmet sisteminin güçlendirilip geliştirilmesi için gerekli alt yapının kurulması bu alanlarda yapılacak yatırımlar ile mümkün olabilmektedir. Fiziksel kapasite gelişimi içinse proje, yatırım projesi ve fizibilite etüdü adımları takip edilerek gerekli kaynak araştırmaları yapılabilmektedir.

Proje

Proje, belli başlangıç ve bitiş zamanları olan ve belli bir düzen içinde işlerin kim tarafından, nasıl, nerede ve ne zaman yapılacağını gösteren bir plan türüdür (Başol ve ışık, 2015: 1-26). Projeler tamamen yeni bir işletmenin kurulması ve / veya mevcut bir işletmeye eklenmesi veya bu işletmenin geliştirilmesi ile ilgilidir (Alphan vd., 2014: 85-135).

Yatırım Projesi

İşletmenin kuruluş aşamasında kurulması ile ilgili gerekli tüm analiz ve düzenlemelerin planlanması çalışmalarına “yatırım projesi” adı verilir (Can ve ark., 2003: 66). “Yatırım projesi, mal veya hizmet üretimine bağılı olarak sunulan ve birbirleriyle ilişkili bir plan çerçevesinde belirli bir zaman diliminde belirli kaynaklarla yürütülebilen faaliyetler bütünüdür. Başka bir deyişle, bu bir sabit sermaye yatırım teklifidir.” (Chen ve Zhang, 2022: 24-26) şeklinde de tanımlanabilmektedir.

Fizibilite Etüdü

Bir yatırım projesi hazırlanırken, nihai yatırım kararı verilmesi açısından, girişimcinin mümkün olup olmadığına bağılı olarak bazı ön bilgiler edinmesini sağlayan çalışmalardan oluşan bölüme proje denir. Bu kavram aynı zamanda pratik yaşamda “fizibilite çalışması” olarak da adlandırılır. Türkçede "ön fizibilite araştırması" dır (Baker vd., 2008: 372).

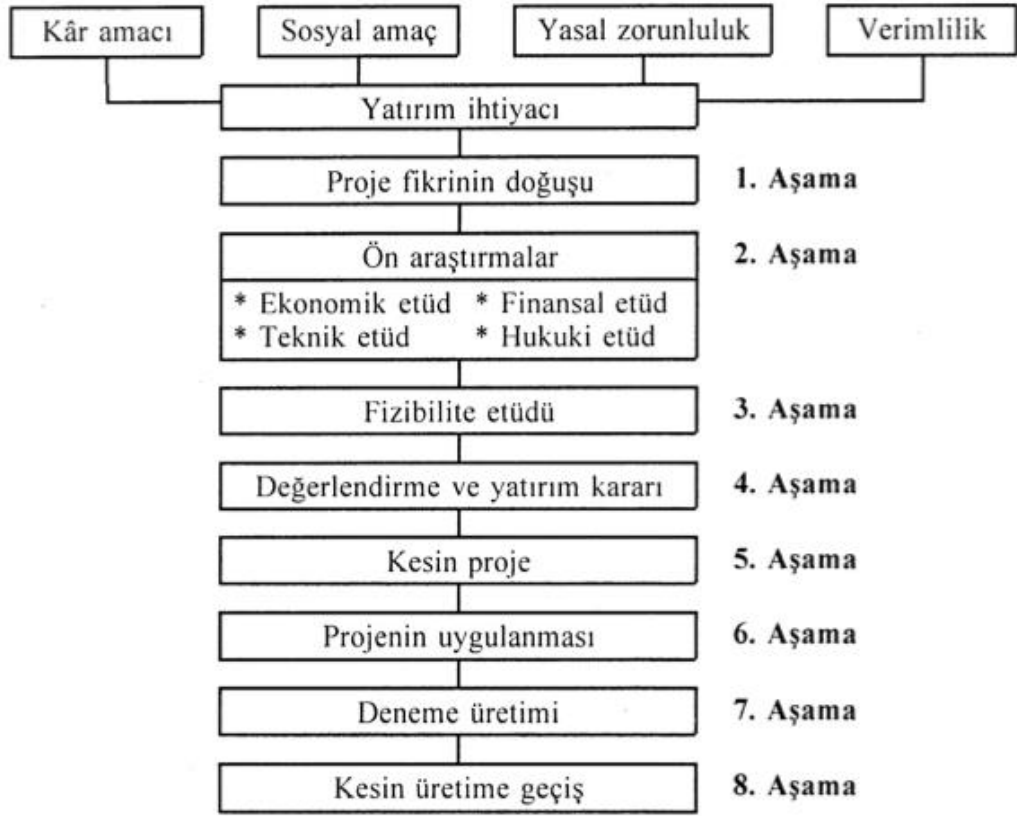
Fizibilite çalışması, yatırımcıların ne üretecekleri, nasıl üretecekleri, üretilen malları hangi fiyattan ne kadar artıracakları, yatırım tutarını ne kadar finanse edecekleri ve yatırımdan ne kadar gelir sağladıkları sorularına cevap vermelidir. Fizibilite çalışmaları yatırım açısından nihai proje hazırlanmadan ekonomik, teknik, finansal ve hukuki (legal) çalışmaları kapsamaktadır (Kim, 2020: 376).

Bir işletmenin kuruluş fikrinden başlamak üzere kesin olarak faaliyetlerine başlayacağı ortaya konması gerekli tüm çalışmaları 8 aşamada incelemek mümkün olmaktadır (Han ve Oh, 2021: 673-677).

Her şeyden önce bir fikir olarak bir yatırım projesi doğacak. Hazırlanacak ön proje çalışmalarının temelini oluşturacak araştırma (çalışmalar) ekonomik, teknik, mali ve hukuki araştırmalardan oluşmaktadır. İkinci aşamada yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi ve düzenlenmesi sonucunda yatırım projesinin ilk kısmı ortaya çıkmaktadır. Bir ön proje olarak, belgedeki bilgiler yatırım fikri ile ilgili tüm kişilerin yatırım fikirlerini bir kez daha gözden geçirmelerini sağlar.

Projede belirlenen tüm çalışmaların tamamlanması sonucunda işletme faaliyete erişebilecek hale gelmiştir. Son aşamada deneme üretimi başarıyla tamamlanır ve daha önce amaçlanan ve planlanan faaliyetler başlar (Benjamins, 2006: 86).

İşletmelere daha iyi hizmet verebilmek, kuruluştaki sorunları tamamen ortadan kaldırabilmek, organizasyon süreci ve çözüm hazırlıkları aşamasında ve alınacak önlemlerle bu sorunları en aza indirmenin yollarını bulabileceksiniz. İyi bir hastane tanıtım projesi ile hastanenin insanlara önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri en iyi şekilde sunması sağlanacaktır.



Şekil 2.1. Bir Yatırım Projesinin Aşamaları

Kaynak: <https://www.fizibiliteraporu.com/fizibilite-raporu-4-2/> (Erişim Tarihi: 12.09.2022)

2.3. Hastane Kavramı

Hastane kavramı açısından tek ve kusursuz bir tanım yapmak oldukça zordur. Hastaneler insanlar açısından önemlidir, çünkü insanların hastane deneyimi çoğu zaman hayatlarında önemli bir noktaya işaret etmektedir (Özcan, 2013: 21). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastaneleri, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” şeklinde tanımlamıştır. Hastaneler toplumun mutluluğunun ve refah seviyesinin geliştirilmesi açısından insanın sosyal, ruhsal ve fiziksel bakımdan sağlığının iyileştirilmesi, korunması ve sürekliliğini esas alan, sağlık hizmetlerini sunan, bir arabuluculuk rolü üstlenerek hastayı, doktor ve sağlık personeli ile buluşturarak uygun tedavi ortamını sağlayan bir sağlık kuruluşudur (Önder ve Yıldırım, 2018: 65). Hastaneler kısaca, çeşitli ekipmanlarla uzman personel tarafından hasta tedavisi ve bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarıdır (Özen vd., 2011: 25-43).

Literatürdeki yerli ve yabancı kaynaklara bakıldığında hemen hemen hepsinde Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına yer verildiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'mızın Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde (YTKİY) yanı sıra hastaneler “hastalık şüphesi bulunanlar, sağlığını kontrol ettirmek isteyenler, yaralı veya hasta olanlar açısından yatarak veya ayakta gözlem, muayene, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği ayrıca doğumların yapıldığı kurumlardır” şeklinde tanımlanmıştır (<https://www.mevzuat.gov.tr>).

Hastane açısından Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımlara bakıldığında her iki tanımında eksik kalan yönü hastanelerin yukarıdaki işlevlerine ek olarak eğitim ve araştırma faaliyetleriyle birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinin de verildiği toplum sağlığına bağlı olarak sunulan faaliyetleridir. Uyuşturucu, alkol, tütün vb. bağımlılık yapıcı maddelerin önlenmesi, kanserle mücadeleyle ait eğitimler, gebelik okulları, salgın hastalıklarla mücadele eğitimleri toplum sağlığına bağlı olarak sunulan faaliyetlere örnek verilebilir. Yukarıda yapılan tanımlamalara bakıldığında hastanelerin daha çok işlevsel özellikleri ön plana çıkarılarak tanımlamaların yapıldığı görülmektedir. Hastane kavramına sadece işlevlerine göre anlam yüklemek aslında doğru değildir. Hastaneler, birçok hizmetin uyumlu bir biçimde yerine getirilmeye çalışıldığı kompleks yapıdaki kuruluşlardır. Sunduğu hizmetler ve yapılan sağlık harcamalarına bakıldığında hastaneler sağlık sisteminin önemli bir alt sistemi olup, sağlık sisteminin can damarı olarak nitelendirilebilir. Bu nedenle modern işletme anlayışına göre hastaneleri sadece işlevine göre değil karmaşık yapısından dolayı sistemsel yaklaşımla da ele almak doğru olacaktır (Söyük ve Gün, 2018: 43).

Hastaneler sistem yaklaşımıyla ele alınacak olunursa, sadece sağlık hizmetleri sunan bir organizasyon değil, çok geniş ve dinamik bir çevrede diğer sistemlerle etkileşim halinde olan, işlerin birbirine bağlı olduğu, birçok bireysel ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu yüksek düzeyde işbirliği ve koordinasyon gerektiren, açık bir sistem olarak tanımlanabilir. Açık bir sistem olarak ifade edildiğinde hastanenin bu etkileşim sonucunda ilişkilerinin en önemlileri hastane hasta ilişkileri, dış çevre ilişkileri ve hastane ile üst sistem ilişkileri olarak sıralanabilir (Tengilimoğlu, vd., 2015: 183). Birçok görevin aynı çatı altında yerine getirildiği hastanelerin farklı bakış açılarından tanımlanması da mümkün olmaktadır. Öncelikle hastaneler teşhis,

tedavi ve bakım hizmeti sunulduğu için bir sağlık tesisidir. Kamu denetiminde faaliyetlerini sürdürmeleri açısından bir kamu kuruluşudur. Yardıma muhtaç kişilere yardım etmesi ve yardım etmek isteyenlerden bağış kabul etmesi nedeniyle bir hayır kurumudur. Sağlık personeli ve öğrenci yetiştirmesi açısından da bir eğitim merkezidir. Sağlık alanında klinik ve tıbbi deneyler yaptığı için bir araştırma ve geliştirme birimidir. Ayrımcılık yapmadan tüm topluma hizmet ettiği için sosyal bir yapıdır. Sağlık, teknik, akademik, idari ve hizmetli gibi çeşitli sınıflarda personel çalıştırdığı için bir meslek örgütüdür. Belirlenmiş bir bölgeye hizmet vermesi açısından toplumsal bir girişimdir. Hastaları misafir etmesi açısından bir bakıma otel işletmesidir. İdari ve ekonomik faaliyetlerinin devamlılığı açısından bir tür işletme organizasyonudur (Tuzla vd., 2005: 33-38).

2.4. Eğitim Kavramı

Eğitim kavramının yanı sıra yöntemleri, araçları ve amaçları yüzyıllar boyunca değişmektedir. İlköğretim okuryazarlığını öğretmeyi amaçlayan manastır okullarından doğan eğitim, artık bilgiyi öğrencilere verme amacına hizmet eden karmaşık bir yöntemler sistemine dönüşmüştür. Daha somut olmak gerekirse, eğitim öğrencileri daha akıllı yapmaz, ancak onlara daha akıllı olma fırsatı sunmaktadır. Öğretmenler bilgiyi öğrencilere sunmak için çok çaba harcarlar ve öğrenciler de kendilerine verilen bilgileri hatırlamak için çok çalışmaktadırlar. Gerçekten de bilgi, eğitimin kilit unsurudur ve bilgi edinmek, herhangi bir çalışma sürecinin ana hedef noktasını oluşturmaktadır.

2.5. Sağlık Profesyonellerin Eğitimi Kavramı

Sağlık hizmeti işgücünün dağılımı, bileşimi ve eksiklikleri; eğitime hazırlık ve uygulamaya giriş ile ilgili konular; sağlık meslekleri eğitiminin finansmanı, yeni meslekler için değişen beceri gereksinimleri ve öğrenci işe alım ve kabul politikalarıdır. Bu konular önemini korumaktadır (Starks vd. 2018: 390). Klinik eğitimin nasıl reforme edileceğine dair iyi fikirlerin sıkıntısı yoktur, bu fikirlerin çarpıcı özelliği, belirlenen problemler ve önerilen çözümler açısından benzerlikleridir

(Birk, 2017:1-4). Ne yazık ki, sağlık meslekleri eğitimi son derece yavaş ilderleyen ve başarılması zor bir alan olabilir. Sağlık meslekleri eğitimi sıklıkla ayrı olarak barındırılan profesyonel okullar ve dekanlar, mşdşrler ve bşlşm başkanları tarafından yşnetilen farklı klinik ortamlarında gerçekleşir ve genellikle okulun eğitim hedefleri pahasına belirli uzmanlıkların veya ilgi alanlarının korunmasıyla sonuçlanır (Domaç vd., 2014: 9–13). Diğer bir konu birçok kurumun araştırma ve klinik faaliyetlere eğitim pahasına değer vermesiyle sonuçlanan akademik merkezlerin finansmanıdır (Ludmerer, 1999; Regan-Smith, 1998). Bu karmaşık eğitim ve gşzetim sistemleri ve sşreleri ağı, başarılı kurum veya sınıf tabanlı yeniliklerin yaygın bir şekilde ilerlemesini zorlaştırmaktadır. Meslekler içinde ve arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamak son derece zor olmuştur ve bu, eğitimin şnşnde şnemli bir engel teşkil etmiştir. Gşnşmşzde çeşitli sağlık mesleklerini ve her alanda eğitimin şkillendirilmesinden sorumlu kurumları kapsayan daha yoğun ve koordineli bir çabaya ihtiyaç duyulacağı şngşrşlmektedir. Eğitim, uygulama ve gşzetim topluluklarını harekete geçirerek şnceki eğitim çabalarını geliştirmek gerekmektedir (Gough vd., 2012: 153–70). İlk olarak, eğitimde kalite sorunlarının boyutunu giderek daha fazla anlaşılması ve sistemin toptan yeniden yapılanmaya ihtiyaç olduğu kabul edilmektedir. Bu yeniden yapılanmanın şnemli bir yşnş, řđrencilere ve řđretim şyelerine řđretilen içerik, beceriler ve değerlerin geliştirilmesini ortaya çıkartan şnemli bir gşstergedir.

2.6. şniversite Kavramı

"řđretim" toplam olarak ele alındığında ř genel faaliyetten oluşur. İlk olarak, telkin edilecek beceriler bulunmaktadır. İkincisi, bu pratiğin temelini oluşturan bir dizi teoriler bulunmaktadır. Son olarak, bu teoriyi diğer olası teorilere karşı tartan bir eleştiri bulunmaktadır.

řđretme becerileri iyi anlaşılmalıdır. İkinci Dşnya Savaşı sırasında, fabrikalarda yeni işçilerin hızlanmasını sağlamak şnemli noktalardan birisiydi. Endşstriyel eğitim - neredeyse tamamen beceri aşılama meselesi - bilime yakın hale gelmiştir.

Endşstriyel beceri eğitimi, kşltşrel olarak farklı yerler de dahil olmak şzere her tşrlş yerde çoğaltılabilir. Endşstriyel eğitmenler, yeni teknolojileri beceri řđretme

girişimine uyarlamada çok iyidir. "Notlar" daki eğitim, işlevsel olarak bu ilk genel öğretim faaliyetiyle ilişkili görünmektedir. Üniversitedeki öğrencilerin de becerilerde ustalaşmaları gerekmektedir. Bu genellikle bir zamanlar lise ve hatta ilkokul için daha uygun olduğu düşünülen ustalaşma becerilerini içerir. Öğrenciler üniversiteden önce en iyi eğitimi almış olsalar bile, yanlış bilgileri ve sınıflarda öğrenilen alışkanlıkları düzeltmek hala zaman almaktadır. Son olarak, edinilecek yeni, daha gelişmiş beceriler bulunmaktadır. Artık okumayı bilmek yetmemektedir. Eleştirel okumak gerekmektedir. İnsan sadece yazamaz; kişi yazılı çalışmasını mantıksal ve tutarlı bir biçimde geliştirmelidir. Genişlemiş bir seçenekler evreninde doğru prosedürün seçilmesi gerekmektedir (Paker, 2012; Tekeli, 2004).

Kritik ve iletişimsel yetenek bir dereceye kadar anlayışa dayanır; açıkçası, seçim de öyle. Kısacası, beceri ve uygulamaların nedenlerini bulmaları gerekmektedir. Öğretimdeki teorik unsur, (diğer şeylerin yanı sıra) neden bazı becerileri kullanarak pratik yaptığımızla ve diğerlerini kullanmadığımızla ilgilidir.

Üniversitede beceri eğitimi, ticaret ve sanayide kullanılmak üzere geliştirilen tekniklerden kolayca yararlanabilir. Becerilerin öğretilmesinde, sürecin zor sınırlar boyunca bir miktar doğruluk ve etkinlikle çoğaltılabileceği yeterince iyi anlaşılmıştır. Bununla birlikte, teoriyi etkili bir şekilde öğretmek bir ustalık meselesidir. Sadece anekdotlar, bu tür beceriler için teorik bir temeli ustaca bir şekilde ortaya koymayı tanımlamak için yeterli görünmektedir. Teori öğretmek bu nedenle bir sanat olarak kalmaktadır. Bir disiplinin, pratiğinin altında yatan teorinin ustalığı, öğretimde çok etkilidir.

En önemlisi, bu ustalık seviyesi, "gerçek, üniversite düzeyindeki" öğretimi sınıflarda olup bitenlerden ayıran şeydir. Bunun birinci kademe okullarda böyle olması gerektiği sorgulanmış gibi görünmüyor, ancak tam da bu okul kümesinde olduğu gibidir. (Yüksek Öğretim Kanunu 3.Madde).

2.7. Üniversite Hastanelerinin Amaç ve İşlevi

Akademik tıp merkezleri, tıp öğrencilerine eğitim veren üniversitelerdir ve eğitim hastanesi adı verilen ve bu öğrencilerin eğitimlerini ilerletmek için uygulamalı deneyim sağlayan bağlı bir hastaneyi içerir. Bu kurumlar kendilerini üniversite sağlık

sistemleri veya akademik tıp merkezleri veya bu kelimelerin herhangi bir kombinasyonu olarak adlandırabilirler.

Hangi hastanelerin hangi hastanelere eğitim verdiğini belirlemek genellikle kolaydır çünkü hastanelerin adında genellikle "üniversite" kelimesi geçmektedir.

Üniversite Eğitim hastanesi , geleceğin ve şimdiki sağlık profesyonellerine tıp eğitimi ve öğretimi sağlayan bir hastane veya tıp merkezidir . Eğitim hastaneleri neredeyse her zaman bir veya daha fazla üniversiteye bağlıdır ve genellikle tıp fakülteleriyle birlikte bulunur (Pardes ve Pincus, 2010: 1264-1265). Üniversite hastaneleri açısından uygulanan ve git gide gelişen organizasyon yapıları tıp fakültelerinin klinik uygulamaları, eğitim programları, araştırma faaliyetleri ve bununla bağlantılı hastaneler arasındaki formal ve informal ilişkilere bağlı olarak zaman içerisinde değişim göstermiştir.

Üniversite hastanesi, genellikle eğitim hastaneleri olarak da adlandırılan, hastalara tıbbi bakım sağlamanın yanı sıra doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri için eğitim veren tesislerdir. Genellikle bir tıp fakültesine veya üniversiteye bağlıdırlar, genellikle üniversiteye aittirler veya daha geniş sağlık sisteminin bir parçasıdırlar. Birçok üniversite hastanesi, klinik bakım ve klinik olmayan hizmetlerde araştırma ve yenilik merkezleri olarak da hizmet vermektedir. Çoğu üniversite hastanesi kamu veya kurumsal kuruluş olmasına rağmen (yarı özerk ancak yine de kamu), kar amacı gütmeyen özel kuruluşlardır. Kamuya ait olarak yönetilse bile, devlete ait üniversite hastaneleri genellikle halk sağlığı sisteminin geri kalanından çok daha fazla klinik ve yönetim özerkliğine sahiptir.

Üniversite personeli üniversite hastanelerinin öğretim ve araştırmaya vermeleri gereken taahhütlere odaklanarak bu kurumların temel özelliklerini tanımlar. Kılavuz, araştırma faaliyetlerinde işbirliği ve ilgili güven komitelerinde üniversite temsilinin sağlanması ve ayrıca sağlık mesleği öğrencileri için yüksek kaliteli klinik eğitim sağlanması yoluyla bu yakın çalışma ilişkisini göstermede önemli bir yere sahiptir.

Sonuç olarak, bu faaliyetler yalnızca gelecekteki işgücünü ve mevcut tedaviyi güçlendirmekle kalmaz, aynı zamanda güveni önemli bir ulusal öğretim ve araştırma kaynağı olarak belirleyerek en iyi personeli çekme ve tutma yeteneğini geliştirmektedir.

2.8. Üniversite Hastanelerinin Özellikleri

Üniversite hastanesi, akademik, klinik ve araştırma işlevlerinin gerçekleştirildiği entegre bir organizasyonu ifade etmektedir. Üniversite hastanelerinin faaliyeti, hasta bakımı, öğrenciler için öğretim ve eğitim programları ve yeni teşhis veya tedavi tekniklerinin geliştirilmesine yönelik araştırmaları içerir. Bu nedenle, üniversite hastanelerinin misyonu, özellikle nadir hastalıkların ve karmaşık hastaların tedavisinde yüksek kaliteli bakım sağlanması, uzmanlaşmış hizmetlerin üretilmesi, ileri teknoloji kullanımı ve bilimsel araştırmalarla ilgilenmektedir. Tıp eğitimi faaliyeti ve öğrencilerin eğitimi de üniversite hastanelerini karakterize etmektedir. Ayrıca bilgilerini yenilikçi klinik bakımın geliştirilmesine yardım etmek için kullanmaktadır. Üniversite hastaneleri, kurumsal veya idari olarak bir tıp fakültesi ile entegredir. Hastane, hem tıp öğrencilerinin (lisans öğrencileri) hem de mezuniyet sonrası tıpta uzmanlık kursiyerlerinin (sakinler veya stajyerler) eğitimi için başlıca yerdir.

Yavaş ama emin adımlarla dünyanın dört bir yanındaki hükümetler, akademik tıbbın maliyetini destekleyemeyeceğini anlamaktadırlar. Akademik tıbbın neredeyse tamamen özel sektöre hareketi, en prestijli okullardan başlayarak, giderek daha fazla tıp fakültesinin özel hale gelmesiyle başladı. Giderek artan küresel bir pazarda, bu okullar yüksek ücretler talep etmekte, personeline iyi ödeme yapmakta ve tesislerini iyileştirmektedirler. Ayrıca bilgi ve iletişim teknolojisine büyük yatırım yaparak öğrencilerine en son teknoloji öğrenimi getirmektedirler. Bilişim teknolojileri aynı zamanda okulların öğrencilere kendi coğrafi tabanlarından çok uzakta kurslar, dersler sunabileceği anlamına geliyordu. Bu okullar geliştikçe, uluslararası olarak genişlediler, bazen de diğer prestijli okullarla ittifaklar kurdular ve mali imkânları elvermeyen daha küçük okulları da devraldılar. Sektör hızla büyürken iyi okullar da tüm kıtalarda faaliyet göstermeye başladılar. Gelişmekte olan ülkelerdeki bazı branşlarda, tıp öğrenci toplulukları, her iki üniversiteden de öğrencilerden oluşma eğilimindeydi. Gelişmiş dünya ve gelişmekte olan ülkeler bir kota oluşturdular. Rekabet yoğun ve hem maliyet hem de kaliteye dayalıydı. Maliyetleri düşürürken kaliteyi artırmayı başaran okullar, genellikle teknolojinin akıllıca kullanılmasıyla gelişse de, pek çok tıp fakültesi ortadan kayboldu. Bununla birlikte, öğrenci sayısı arttı

ve okulların mali durumu yeterli olmayan ancak parlak öğrencilere cömert burslar sunması ve yoksun nüfuslarda yüksek kaliteli öğrenciler bulma konusunda her zamankinden daha karmaşık hale gelmesiyle yetenek rekabeti yoğunlaştı. Rekabetin yoğun olduğu diğer pazarlarda olduğu gibi tıp fakülteleri de pazarı işgal ederek rekabet ediyorlardı. Yani okullar daha geniş alanlarda uzmanlaşma, temel bilimler, kırsal tıp, cerrahi beceriler gibi çok farklı türde kurslar sundular.

Bazen öğrencilerin ücretleri, ihtiyaçlarını karşılayan hekimler yetiştirmek için hükümetler, yerel topluluklar veya ordu tarafından ödendi. Birçok öğrenci kendi ülkeleri dışındaki ülkelerdeki okullara devam etmiştir. Bazı okullar mal ve hizmet üreten ve satan şirketlere sahipken, diğerleri küresel şirketlerin yan kuruluşları veya departmanlarıydı (örneğin, McDonald's Hamburger Üniversitesi). Sağlık araştırmaları neredeyse tamamen özel sektörde, ancak çok çeşitli kuruluşlarda gerçekleştirildi. Örneğin, ilaç şirketleri, tıp okulları, biyoteknoloji şirketleri, çok çeşitli hizmetler sunan küçük şirketler ve hayır kurumları. Bu şirketler sadece araştırmacılar tarafından değil, aynı zamanda hastalar, uygulayıcılar ve diğerleri tarafından da kurulmuştur. Kurulan şirketlerin birçoğu akademisyenlere karmaşık ve yenilikçi sağlık hizmetleri sundu. Tüm işletmelerde olduğu gibi, başarılı olmak için bu şirketlerin hastalar ve hükümetler de dâhil olmak üzere müşterilerinin ihtiyaçlarına son derece duyarlı olmaları gerekiyordu. Yenilikçi, esnek, duyarlı ve amansızca maliyet bilincine sahip olanlar gelişti, ancak çoğu "Başarısız Oldu". Bununla birlikte, "Başarısızlık" ile ilgili küçük bir damgalama vardı.

Sadece daha verimli değil, aynı zamanda daha etkili bir araştırma, sağlık eğitimi için daha önemlidir. Yeni fikirlerin geliştirilmesi ile bunların uygulamaya konulması arasındaki "know-how" farkını önemli ölçüde kısaltmaktadır. Hem hükümetler hem de yatırımcılar potansiyel olarak yüksek getirileri fark ettikleri için temel bilimi daha iyi finanse etmektedirler. Düşük gelirli nüfusların sağlık ihtiyaçları üzerine araştırmalar da geliştirmek devletler açısından önemli bir görevdir. Çünkü kamu sektörü kurumları kaynaklarını sağlık problemleri üzerine eşit olarak dağıtmak zorundadır.

Olumsuz yönden, iş modelini akademik tıba uygulamak, verimlilik ve etkinliğin hakkaniyete baskın olduğu anlamına gelmektedir. Academic Inc., zenginlerin akademik tıp alanında kariyer yapmayı kolay bulması ve bazılarının

cömert burslara sahip olmasına rağmen, geliri az olanların mesleğe girmeyi zor bulmasıyla iki kademeli bir sistemle bu sorunu çözmeye çalışmaktadır. Ayrıca, daha zengin insanların ve ülkelerin sağlık sorunlarına çok daha fazla ilgi gösterilmeye devam edilmektedir. Fakir ülkelere zengin ülkelere beyin göçü hızlanmıştır. Bu süreçte inovasyon da zarar görmüştür. Ayrıca özel akademik tıp, kamu tarafından finanse edildiğinde olduğundan daha az teslim süresine sahip oldu ve hissedarlarına karşı daha doğrudan ve acil hesap verme sorumluluğuna büründü.

2.9. Tıp Hizmetleri

Tıp kavramı Latince “medicus” kelimesinden gelmektedir. Medicus, Latince hekim anlamına gelmektedir. Medicus’tan türetilerek “medicana” olarak adlandırılan tıp, İngilizcede “medicine” olarak ifade edilmekte ve farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Türk Dil Kurumu (2018) yanı sıra tıp kelimesinin Arapça “tıbb” kelimesinden köken aldığını belirtmekte ve kavramı “hastalıkları iyileştirmek, hafifletmek veya önlemek amacıyla başvuru teknik ve bilimsel çalışmaların tümü, tababet” şeklinde tanımlamaktadır. Toplum ve bireylerin sağlık düzeyini yükseltmek, geliştirmek ve sürdürebilmek amacıyla;

- Sağlığın korunmasında,
- Hastalıkların tedavisinde ve
- Rehabilitasyonu açısından, yapılan çalışmaların tümü,

Hastane, kendi hastalarını içeren çok sayıda onaylanmış protokol kapsamında akademik ve/veya ticari insan deneklerin araştırmalarını yürütür. Bu, laboratuvar ve klinik araştırmaların yanı sıra tıp eğitimi öğretimini de klinik bakımla yakın ilişkiye sokmaktadır. Üniversite hastaneleri ile tıp eğitiminin bu kesişimi, akademik tıp pratiğini doğurmuştur. "Akademik tıp", sağlık bilimlerinde araştırma ve eğitimi ileriye taşıyan temel ilkelerin, etkili politikaların ve en iyi uygulamaların keşfedilmesi ve geliştirilmesi ve nihayetinde bireylerin ve toplumların sağlığını ve refahını iyileştirmek olarak tanımlanabilir.

Buna göre, tıp fakülteleri ve eğitim hastaneleri, tüm ülkelerde bu kapasiteyi gerçekleştirmenin merkezinde yer almaktadır. Ek olarak, bilimdeki yeni keşifler

muazzam fırsatlar sunuyor ve ortaya çıkan hastalıklar büyük tehditler oluşturuyor. Gerçekten de, akademik tıbbın son yüzyılda insan sağlığına katkısı olağanüstü olmuştur. Halkın ve hükümetin, sağlığın toplumlar için merkezi önemini daha iyi anlaması, benzeri görülmemiş bilimsel ilerlemelere yol açmıştır. Yeni genetik teknolojiler, hücre ve moleküler biyolojideki hızlı gelişmeler ve görüntüleme teknolojileri daha da fazla yenilik ve ilerleme vaat etmektedir.

2.10. Üniversite Hastanelerinin Organizasyonu

Uluslararası kuruluşlar, üniversite hastanelerinin etkinlikleri konusunda “entegrasyon” kavramının eğitim ve bu akademik faaliyetleri (hastane ve hekimlik uygulamaları) ile ilgili ifadeler türetmektedirler. Üniversite hastanelerinin örgütlenmesi ile ilgili olarak çok sayıda modelden söz edilmektedir. Genel olarak iki farklı modelin olduğu görülmektedir (Wartman, 2007: 265):

(1) Tam model: Üniversite hastanelerine yönelik ortak merkezlerin yanı sıra hizmetin sunumu, eğitim ve karşılaştırmasının entegre tek bir yönetici ve kapsayıcı tek bir yönetim kurulu tarafından yönetildiği modeldir.

(2) Fonksiyonel entegre model: Üniversitelerde akademik faaliyetleri, tıp fakültesi hekim uygulamaları ve bağlı hastane hizmetlerinin her birinin farklı yöneticiler, ayrı ve bağımsız kurullar tarafından yönetildiği daha esnek bir modeldir. Bileşenler arasındaki entegrasyon yapılandırılmış olmaktan daha çok fonksiyoneldir. Her bir modelin mevcudiyeti konusunda üniversite hastanelerinin kullanımından bu yana devam eden tartışmalar bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’de tam entegre bir sisteme sahip olmak üzere görülmekte olan 1980’lerde geri ödeme sistemlerine uygun olarak, klinik uygulamalarda kullanılan yöntemlerden etkililiklerin artacağı düşünülmekte olan eğitimlerde zaman zaman bazı üniversite hastanelerinin organizasyonu, bu iki modele göre tasarlamıştır (Wartman, 2007: 265). Özellikle Amerika Birleşik Devletleri’ndeki üniversite hastaneleri incelendiğinde, her iki entegrasyon modelinin de başarılı örnekleri bulunduğu görülmektedir.

2.11. Üniversite Hastanelerinin Dayandığı Mevzuat

Üniversite hastaneleri hizmet sağlayıcı olarak katma bütçe, döner sermaye, vakıf ve dernek gelirleri ile harcama yapmaktadır. Kullanıcı sağlık hizmetleri de Türk sağlık hizmetinde gerekli role sahip, ek bütçeli kurumlardan alınan hizmetlerdir. 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanun'un 3. maddesinde üniversite hastaneleri hem sağlık sorunlarının çözümünde rol oynamakta hem de uygulama ve araştırma olarak okul eğitimi vermektedir. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne (YTKYY) göre toplam 50 hastane ve bu hastanelerin 26.160 tam ünitesi bulunmaktadır. Gerçek yatak içeriğinin %14,2'sini kapsar. Diğer kuruluşlarda olduğu gibi, kuruluşlarında da orta ve alt yönetim kurumları bulunmaktadır. Üst yönetim ekibi, yönetim kurulu (ve bu kuruma özel bir komitesi olan veya olmasını isteyen komiteler) ve başhekimden oluşur. Başhekimin yanı sıra ölçekli işletmeler de bulunmaktadır. Bunlar; tıbbi hizmetler, yardımcı tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri ve mali destek hizmetleridir.

Bu çalışma birimlerinin yanı sıra orta kademe yönetim organları da bulunmaktadır. Üst yönetimin yetiştirilmesi, organizasyondaki faydalı olabilecek, işlevsel yöneticinin üzerinde yer alanlar hakkında bilgi verir. Bu organlar yönetim kurulu, bu kurula bağlı komitelerden ve başhekimlik makamından oluşur. Ancak bazı üniversite hastanelerinde genel kurul veya hastane yönetimi yer almaktadır. Örneğin; Hacettepe Hastaneler Danışma Kurulu, Genel Tıbbi Üniversitesi, Hastaneler Başmüdür, Tıp hizmetleri poliklinikleri, klinikler, ameliyathane, yoğun bakım merkezi, sterilizasyon ve anestezi ve reanimasyon hizmetleri yer almaktadır. Tıp hizmetleri sadece hekimler tarafından verilen hizmettir. Tıp tahsilatı planlanması, organizasyon ve denetim görevi başhekimindir ve hastaneyi yönetmekle görevlidir. Yardımcı tıp servisleri, ayrı birer eğitim hizmetine sahip olmakla birlikte kimisi de hastane müdürüne bağlıdır. Hemşirelik organizasyonunun başında başhemşire vardır. Başhemşire Hemşirelik Fakültesi ya da Yüksekokulu mezunu olup, mesleğinde donanımlı kişiler arasından başhekim tarafından yönetilir. Hastanelerde ana görevlerin yanında yardımcı tıbbi bakım hizmetlerini içine alan yardımcı olarak hizmet veren çalışanların genel programı 2547 Sayılı Yüksek Öğretim Kanunu'nun 58. Maddesidir. Yükseköğretim kurumlarında üniversite yönetim kurulunun önerisi ve Yükseköğretim

[illegible]

Döner sermayede işletmeler genel olarak yüksek öğretim kurumlarındaki esas faaliyetlerin aksatılmadığı şekilde çalıştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Döner sermaye işletmelerinin çalışmaları hususunda eğitim ile öğretim konularına yönelik katkıda bulunulması ise önemi noktalardan birisidir. Üniversite hastanelerindeki finansal organizasyon yapısındaki katma bütçenin yanı sıra döner sermaye işletmesinin bulunduğu göz önüne alınmalıdır. Katma bütçedeki ödemenin yetkilisi üniversite hastanelerinde ilk olarak rektör ve birinci derecedeki amirler, sonrasında hastane başhekimleri, tahakkuk memuru ve hastane müdürü olarak belirlenmiştir. Döner sermayede işletmenin amiri ise rektördür.

2.12. Üniversite Hastaneleri İle İlgili Yönetmelik Özellikleri

Üniversite hastaneleri belki de günümüzde en karmaşık olan yapılardır. Hastanelerin kuralları ve üniversitelerin yapısı bir araya geldiğinde karmaşık bir yapı ortaya çıkmaktadır. Üniversite hastaneleri, sağlık hizmeti sunumunda eğitim ve araştırma gibi misyonları yerine getiren akademik kurumlardır. Üniversite hastanelerinin bu misyonları gerçekleştirebilmeleri için fiziki şartları ve eğitimi bir araya getirmeleri gerekmektedir. (Uğurluoğlu, 2015:52).

Üniversite hastaneleri; Eğitimde etkin hizmet sunmak, sağlık güvenliği ve hizmetin uygulanabilirliği açısından sofistike bir yaklaşımdır. Sağlık sisteminin en önemli yapı taşlarından biri olan üniversite hastaneleri, zaman zaman gelir ve giderlerini karşılayamayan kurumların başında gelmektedir (Uğurluoğlu, 2015:52).

Üniversite hastaneleri, sağlık hizmeti sunumunda disiplinler arası çalışmaları yerine getiren akademik kurumlardır. Üniversite hastanelerinin bu sürdürülebilirliğini gerçekleştirebilmesi için hizmet ve eğitimin birlikte yürütülmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik, en az erişimle uzun vadeli ve uygun maliyetli sağlık hizmeti sunma kapasitesi olarak tanımlanabilir (Yıldırım, 2012: 65-73).

Sağlık sisteminin temel hizmetlerinden biri olan üniversite hastaneleri için sağlık politikaları, teknolojik bakım hizmetleri, maliyet düzenlemeleri, geri ödeme uygulamaları ve hizmet maliyetlerinin sağlık açısından değerlendirilebilirliği konuları ele alınmalıdır. Aksi takdirde bundan olumsuz etkilenecek ve ellerindeki kaynakları ile hizmeti karşılayamayacaklardır. Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak ifade edilen üniversite hastaneleri, maliyet yönetimi; mal ve hizmet maliyetlerini doğru olarak tespit etmek, hastanedeki süreçleri geliştirmek, israfı engellemek, maliyet etmenlerini tanımlamak, hastane faaliyetlerini planlamak ve çeşitli stratejiler oluşturmak amacıyla bütün faaliyetlerin yönetimi ve kontrolünü detaylı olarak yapmak zorundadır.

Ayrıca hastane harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'dan (GSYH) önemli bir paya sahip olması gerekirken bir takım geri ödemelerin maliyetlerini azaltıcı sağlık politikalarına da önem vermesi gerekmektedir (Chandra, Kumar ve Ghildayal, 2011:314). Örneğin Özcan tarafından yapılan bir çalışmada (1995) gayri safi yurtiçi hasıladan sağlık harcamalarının en az %3'ünün hastanelere aktarılmasının yetersiz kaldığından bahsetmektedir. Hastane işletmelerinin verimli bir şekilde bina, malzeme,

personel, cihaz, yatak gibi kaynakları çok dikkatli kullanması gerekmektedir. Bu k t kaynakların verimli şekilde kullanımında hastanelerin etkin bir çalışma yürütmesi büyük önem taşır. Günümüzde ekonomik baskılar ve rekabetin az olduğu sağlık hizmetleri pazarları işgücü, ilaç ve basit malzeme fiyatlarını arttırmakta, insan gücü ve teknolojiye ulaşımı zorlaştırmaktadır.



3. TAM GÜN YASASI VE SAĞLIK HİZMETİ İŞLEYİŞİNE ETKİSİ

3.1. Sağlıkta Tam Gün Yasasıyla İlgili Yapılan Çalışmalar

Kamuoyunda Tam Zamanlı Yasa olarak anılan 5947 sayılı kanun, sağlıkta dönüşüm programının bir aşaması olarak yürürlüğe girmiştir. Yasanın gerekçesinde, tam zamanlı çalışma sistemine geçişin sağlıkta dönüşüm programının bir aşaması olduğu ve kamuda çalışmayı teşvik eden ve verimliliği artıran düzenlemelerin bu sisteme geçişte yer aldığı belirtilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı aslında sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamına gelmektedir. Konuyu Anayasa Hukuku açısından incelemek çok daha ciddi sorunları ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi öncelikle sosyal hukukun üstünlüğü anlayışıyla bağdaşmamaktadır. Mesele, vatandaşlar açısından, doktorlar ve sağlık çalışanları açısından sağlık hakkının yanı sıra kamu hizmetine girme hakkı ve çalışma hakkına dayanmaktadır. 2003 yılından bu yana sosyal güvenlik kurumları ile hastanelerin tek çatı altında birleşmesi ve aile hekimliğine geçişle başlayan süreç, tam zamanlı yasa, daha doğrusu bugün üzerinde büyük tartışmaların yapıldığı yasalarla devam etmektedir (Selçuk, 2012: 24).

Üniversite ve sağlık personelinin tam zamanlı çalışması ve bazı kanunlarda değişiklik yapılması ile ilgili süreç, 5947 sayılı yasanın yürürlüğe girmesi ile başlamıştır. Anayasa Mahkemesinin bu yasaya ilişkin kısmi iptal kararının ardından, 650 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve 6514 sayılı yasa yürürlüğe koyulmuştur. Söz konusu yasal düzenlemeler, doktorlara ve öğretim üyelerine tam gün çalışma zorunluluğunun getirilmesi ve kamuda çalışanlar için mesleğin serbest olarak icrasını yasaklamıştır. Görüldüğü gibi söz konusu yasa bir torba yasadır ve bu çerçevede zaten nitelikli kanun yapma sürecinin dışında bırakılmıştır. Yasa hukuken genel olarak incelendiğinde çalışmanın konusu açısından değişiklik getirdiği alanlar üç ana noktada toplanabilir. Her şeyden önce, doktorların çalışma sistemi yeniden düzenlenmektedir. Benzer şekilde öğretim elemanlarının çalışma sistemi de değiştirilmektedir. Diğer açılardan, son önemli nokta, ek olarak, doktorlar için performans dayalı bir ücretlendirme sistemine geçiş olmaktadır (Üstel, 2005: 142).

Tam gün yasası ile getirilen düzenlemeler sağlık personellerinin tabii oldukları dört farklı kanunlarda yapılan değişikliklerle düzenlenmiştir. Bu düzenleme sonrasında; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 28. maddesindeki yasaklayıcı hüküm, 650 sayılı KHK'nin 38 inci maddesiyle, 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 36. maddesindeki yasaklayıcı hüküm 650 sayılı KHK'nin 40. Maddesiyle, 926 sayılı Türk Silâhlı Kuvvetleri Personel Kanununa eklenen ek 27. maddedeki yasaklayıcı hüküm, 650 Sayılı Kararname'nin 39. maddesiyle, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununun 32. Maddesindeki yasaklayıcı hüküm ise 650 sayılı KHK'nin 41 inci maddesi ile getirilerek tam gün yasası olarak bilinen tüm sağlık sektörünü kapsayan çerçeve düzenleme yürürlüğe sokulmuştur.

Bu düzenleme sonra açılan davalar sonucunda Anayasa Mahkemesi tarafından bazı hükümler iptal edilmiş, bu iptalin ardından alınan yeni kararlar ile bazı hükümler tekrar uygulamaya geçirilmiştir.

Aşağıdaki tabloda iptal edilen hükümler ve yeniden yapılan düzenlemeler yer almaktadır;

Düzenlenen Kanun		İptal Kararı	Yeniden Düzenleme
Düzenlenen Ana Kanun	Düzenleyici Karar		
657 Sayılı Kanun-Madde 28	650 sayılı KHK-Madde 38	Anayasa Mahkemesi - 2011/113, 2012/108	6514 Sayılı Kanun - Madde 9
2547 Sayılı Kanun-Madde 36	650 sayılı KHK-Madde 40	Anayasa Mahkemesi - 2010/29, 2010/90	Mevcut Değil
926 Sayılı Kanun-Ek Madde 27	650 sayılı KHK-Madde 39	Anayasa Mahkemesi - 2011/113, 2012/108	6514 Sayılı Kanun - Madde 17
2955 Sayılı Kanun-Madde 32	650 sayılı KHK-Madde 41	Anayasa Mahkemesi - 2011/113, 2012/108	6514 Sayılı Kanun - Madde 18

Tablo 3.1. Yasada iptal edilen hükümler ve yeniden yapılan düzenlemeler

Yukarıdaki tablodan da görüleceği gibi uygulamayı düzenleyen dört kanun Anayasa Mahkemesi kararı ile iptal edilmiş ve bunlardan üç tanesi yeni bir kanunla tekrar düzenlenmiştir. Türk Hukuk Sisteminde iptal edilen yasa hükümlerinin yerine önceki düzenlemelerin otomatik olarak yürürlüğe gireceği yönünde bir kural bulunmamaktadır. Bu nedenle de iptal edilen hükümlerin yürürlükten kalkması ile oluşacak boşluklar yeni alınan üç karar ile düzenlenmiştir.

Tekrar düzenlenmeyen hüküm ise 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanununun 36. Maddesinin ilk cümlesidir.

2547 Sayılı Yükseköğretim Kanununa tabii olarak çalışan üniversite öğretim üyelerinin durumları kanunun 36. Maddesinin ilk cümlesinde yer alan “Öğretim elemanları, üniversitede devamlı statüde görev yapar” hükmünün iptali ile üniversite dışında muayenehane açarak mesleklerini serbest olarak icra edebilme imkânına kavuşmuşlardır.

2547 Sayılı Yükseköğretim Kanununa tabii olarak çalışan üniversite öğretim üyelerinin ders saat yükleri ile uygulamalı çalışma şekilleri kanunda belirlendiğinden, iptal edilen “Öğretim elemanları, üniversitede devamlı statüde görev yapar” hükmünün mevcut kanun kapsamındaki işleyişte herhangi bir soruna yol açmayacağı değerlendirilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin amacı, sağlık hizmetlerini etkin, verimli ve adil bir şekilde organize etmek, finanse etmek ve sunmaktır. Etkinlik, uygulanacak politikaların halk sağlığı düzeyinin yükseltilmesi, hastaların tedavi edilmesi yerine hastalanmalarının engellenmesi amacıyla ilgili bir kriter olarak görülmüştür. Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürmek ve aynı kaynakla daha fazla hizmet üretmek olarak tanımlanır. Hakkaniyetin yanı sıra, tüm insanların ihtiyaç duydukları ölçüde sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkı sağlanması olarak ifade edilmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetleri açısından büyük bir dönüm noktası olan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve adil bir şekilde sunulması ve finansmanı ile birlikte Sağlıkta Dönüşüm Projesinin oluşturulmasında temel olan değer ve ilkeleri sunmayı ve yol göstermeyi amaçlamaktadır. Bunun yanında insan merkezliliği, sürdürülebilirlik, sürekli kalite, ortaklık, uzlaşma, gönüllülük, güçler ayrılığı, özerk yönetim ve hizmette rekabet olarak da tanımlamaktadır. Hazırlanan bu

program ile bölünmüş olan sağlık hizmetleri sunum sistemi sorununa bağlı olarak sunulan çok ciddi reform girişimleri başlatılmıştır. Bunların en dikkat çekici yanı, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi olmuştur (Yurdadoğ, 2007: 592).

Kanun, sağlık personelinin tam zamanlı çalışmasını sağlar ve bu yönde düzenlemeler yapmaktadır. Bu nedenle kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerin tam zamanlı çalışması gerektiği gibi dışarıda çalışma yasağını da getirmektedir. Yasanın gerekçesinde, tam zamanlı bir çalışma sisteminin getirilmesinin amacının kamu sektöründe verimliliği artırmak olduğu öne sürülmektedir. Ancak tam zamanlı çalışma politikası, sağlık hizmetlerinin bütüncül bir bakış açısıyla ve ihtiyaçları doğrultusunda verildiği bir hizmet modelinde gerçekçi bir uygulamadır (Yiğit vd., 2004: 141-162).

3.2. Tam Gün Yasa'sının Gerekçeleri

Kanunun üçüncü, Yükseköğretim Kanununun otuz altıncı maddesinde değişiklik yapılarak öğretim elemanlarının üniversitede daimi statüde çalışacakları hükmü getirilmiştir. Bu durumda doktora ek olarak üniversitelerde görev yapan öğretim elemanları açısından tam zamanlı çalışma kuralı getirilmiştir. Bu madde uyarınca, akademik personel, Yükseköğretim Kanunu ve diğer kanunlarda belirlenen görev ve telif hakları dışında, ücretli veya ücretsiz, resmi veya özel yükseköğretim kurumları dışında hiçbir yerde çalışamaz, hekim ayrıca görev alamaz veya serbest meslek yapamaz. Bu durumda öğretim üyeleri ister devlet üniversitelerinde çalışsınlar, ister vakıf üniversitelerinde çalışsınlar, kamuyla anlaşmalı olsun veya olmasın, mesleklerini başka bir yerde uygulayamayacak ve yarı zamanlı çalışamayacaklardır. Ancak kendi üniversitelerinin izni ile kendi üniversiteleri dışındaki devlet veya vakıf üniversitelerine bağlı yükseköğretim kurumlarında belirli saatlerde ders verebileceklerdir. Ayrıca öğretim elemanları ve ilgili kurumların muvafakat talebi, yönetim kurulunun onayı ve üniversite rektörünün onayı ile diğer kamu kurumları ve kamu meslek kuruluşlarının geçici olarak görevlendirilmesi yapılabilmektedir. Kanuna göre, bu maddenin yayınlandığı tarihte kısmi statüde görev yapan öğretim üyelerinden, kanunun yayınlandığı tarihten itibaren bir yıl içinde talepte bulunanlar

daimi statüye geçirilecektir. Bu süre içinde talepte bulunmayanlar istifa etmiş sayılacaktır. Yine aynı yasa ile üniversite öğretim üyesi dışındaki doktorlara da tercihlerini yapmaları için 6 aylık süre tanınmıştır.

3.3. Tam Gün Yasasının Genel Değerlendirmesi

Sağlık hizmeti veren personel açısından bu kanun tutarsızlık teşkil etmekte ve anayasal hakların engellendiği vurgulanmaktadır. Memur ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atamaları, görev ve yetkileri, hak ve yükümlülükleri, emekli aylıkları ve ödenekleri anayasa ile güvence altına alınmıştır. Anayasanın 128 inci maddesinin birinci fıkrası; “Devletin, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür.” hükmünü içermektedir. Aksine söz konusu yasa ile kanunun konusu olan sağlık personeli ve akademik personelin kişisel işleri, yürütme organının inisiyatifine bırakılmış, kanunla düzenlenmesi gereken hususlar yürütme organının düzenleyici otoritesine tabi kılınmıştır. Bu nedenle, yasama gücünün devredilemezliği ilkesinin de ihlal edildiği söylenebilir. Örneğin, 5947 sayılı kanunun 1. maddesine göre halk sağlığı kurumlarında çalışanların gelirleri aldıkları ücretlerden ziyade döner sermaye gelirlerinden oluşmaktadır. Ücretli aylık ödemeler, doktorlara performansla dayalı olarak döner sermayeden yapılır. Yönetmelikle, döner sermayeden elde edilecek gelirin, personelin bir ay içinde alacağı aylık, yan ödeme ve her türlü tazminatın belirli bir yüzdesini geçemeyeceği tespit edilmiş ve bunun dışındaki döner sermaye ödemesinin tespitine bağlı olarak sunulan tüm yetkiler belirlenmiştir. Bu hususlar yürütme organına bırakılmıştır (Sur vd., 2001: 403-407).

Tam zamanlı yasanın hukuk serüveni aslında ülkemizde yıllardır pek çok temel sorunun neden çözülmediğini anlamak açısından iyi bir örnek teşkil etmektedir. Görüldüğü üzere, tüm koşullar hazırlanmış ve kanun koyucular tarafından tam zamanlı çalışma yasa tasarısı meclise sunulmuştur. Toplumun büyük bölümü tam zamanlı yasanın iptalinden sonra yaptıkları açıklamalarda tam zamanlı çalışmadan yana olduğunu belirtmişlerdir. Hastalar ve hasta yakınları da tam zamanlı yasayı desteklemekte, ayrıca kısmi statüde çalışmaktan kaynaklanan sorunlar devletin birçok

kademesinde ve kamuoyunda sıklıkla dile getirilmektedir. Ne yazık ki, böylesine geniş bir amaç birliğine rağmen, başlatılan süreç istenmeyen bir noktada sona ermiş görünmektedir (Özen vd., 2011: 25-43).

Anayasa Mahkemesi'nin kararına baktığımızda 5947 sayılı kanunun 3. Maddenin birinci fıkrasına yapılan itiraz reddedilmiştir. Bu durumda “Öğretim görevlileri üniversitede daimi statüde çalışırlar” kanunu hükmü geçerliliğini korumuş ve kısmi statüde çalışmaya son verilmiştir. Böylece Sağlık Bakanlığı Hastaneleri kanununun temel amacı program açısından sona ermiştir. Daha ilginç bir durum, uygulamanın ilerleyen zamanlarında ortaya çıkmıştır. Danıştay kararı ile doktorlar kendi muayenahanelerinde bu konuda herhangi bir engel olmadan çalışabilir duruma gelmiştir. Bir kanunun kısmen iptali sonucu ortaya çıkan sonuç ne eski kanunda ne de yeni kanunda var olmayan yeni bir çalışma düzeni getirmiştir. 5947 sayılı kanun, bir öncekinden daha büyük sorunlara neden olabilecektir (Özata vd., 2010: 77-87).

Anayasa Mahkemesi kararından sonraki hukuki durumun ne anlama geldiği konusunda bazı farklı görüşlerin olduğu bilinmektedir. Bununla ilgili çeşitli değerlendirmeler yapılmıştır ancak öncelikle neden bu noktaya gelindiğine dair bir açıklama yapmak gerekmektedir.

Bu soruyu sorması gereken ilk kurum Sağlık Bakanlığı olmalıdır. Bu yasa farklı bir şekilde hazırlanabilirdi. “Doktor ve Öğretim üyeleri 657 sayılı devlet memurları Kanunu'nda belirtilen çalışma süresi ve esaslarına göre görev yapar, bu meslek mensuplarına diğer kanunlarla tanınan çalışma imtiyazları bu kanunun yürürlüğe girmesiyle sona erer” gibi bir cümle soruna çözüm olabilirdi. Ayrıntılarda anayasaya aykırılık olasılığının yasanın amacına ulaşılmasına engel teşkil etmemesi için ayrıntıların düzenlenmesi açısından başka maddeler de hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığının cevaplaması gereken en önemli soru, bu yasanın, muayenehanesi olan 4500 doktorun dışında kalanlar tarafından neden yeterince desteklenmediğidir. Kamuoyuna yapılan açıklamalarda, doktorlara sağlanan kanunun belirtilen yararları yeterince açıklanmamış ve doktorlar tarafından ikna edici bulunamamıştır. Özellikle uygulamada pek mümkün olmayan abartılı ücret açıklamaları, yapılan düzenlemeler nedeniyle amacına ulaşamamıştır. Emeklilik ücretlerinde anlamlı bir artış olmaması ve performansa dayalı sistemle elde edilen maddi avantajların sürdürülebilirliği konusundaki şüpheler de yasaya verilen desteği zayıflatmıştır. Sağlık hizmetlerinde

memnuniyet oranının son yıllarda yapılan düzenlemelerle büyük bir artış gösterdiği doğrudur ve takdir edilmesi gereken bir başarıdır. Bununla birlikte, hizmet sektöründe, çalışanların memnuniyetini kapsamayan memnuniyette tek yönlü bir artış kabul edilebilir sürdürülebilir bir sonuç değildir (Önsüz vd., 2008: 33-49).

3.4. Üniversitelerin Durumu

Doktorlarla ilgili kayda değer ikinci kanıt ise hem tam zamanlı çalışma sisteminin hem de performansa dayalı ücret sisteminin doktorların iş ve sözleşme özgürlüğünü ve dinlenme haklarını ihlal ettiğidir. Görev hizmetleri hariç mesai saatleri dışında çalışanlara yaptıkları katkılardan dolayı ek ücretin de çalışma koşullarına ve dinlenme hakkına aykırı olduğu ancak anayasada, ek ödemenin öngörüldüğü savunulmuştur. Bu bağlamda nitelikli akademik personelin üniversitede kalmayacağı ve öğretim elemanlarını daimi statüde çalışmaya zorlayarak özel çalışmayı tercih edeceği ileri sürülmektedir. Böylece nitelikli akademik personelin bilgi ve yeteneklerini kamuya yaygınlaştırması engellenecektir. Anayasanın sağlık hakkı 17. maddesi ile düzenlenen yaşam hakkı, maddi ve manevi varlığını koruma hakkı ile de doğrudan bağlantılıdır. Bu nedenle, tam zamanlı çalışma yükümlülüğünün getirilmesi, bireylerin nitelikli sağlık hizmetlerine erişmelerini engellemekte ve bu nedenle yaşam haklarını ihlal etmektedir. Yine performansa dayalı ücretlendirme sistemi aynı zamanda doktoru daha fazla hastaya bakması için yönlendirir, bu nedenle doktor bir hastaya çok daha az zaman ayırır. Bu, bireylerin nitelikli sağlık hizmetlerine erişmelerini engeller (Riva ve Wiederhold, 2022: 302-314).

16 Temmuz 2010 tarihinde Anayasa Mahkemesi 5947 sayılı kanunu kısmen iptal etmiştir. Her şeyden önce mahkeme, doktorların sadece kamu ya da sadece özel sektörde çalışmasına izin veren hükmü iptal etmiş ve uygulanmasını durdurmuştur. İkincisi, YÖK Kanunu'na eklenen ve 1 yıl içinde talepte bulunmayan öğretim üyelerinin istifa etmiş sayılacağına ilişkin geçici maddeyi de iptal etmiştir. Doktorların çalışma sistemlerini yeniden düzenleyen kanunun 7. Maddesi ve Anayasa Mahkemesi'nin madde ile ilgili olarak kullandığı gerekçeler son derece dikkat çekicidir. Söz konusu maddeler, doktorların sadece kamuda veya sadece özel sektörde çalıştığı gerçeğiyle ilgilidir (Marr, 2022: 1-5).

Anayasa Mahkemesi, kararında doktorluk mesleğinin Anayasa'nın 17. maddesinde düzenlendiğini belirtmiştir. Anayasa da yer alan yaşam hakkıyla doğrudan ilgili, kişinin maddi ve manevi varlığını geliştirecek bir meslek olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca Anayasa Mahkemesi'ne göre sağlık hizmetleri, yaşam hakkı ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle diğer kamu hizmetlerinden de farklı olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca bazı alanlarda uzman hekim sayısının az olması ve özel sağlık kurumlarının yanı sıra kamunun da bu alanlarda uzman doktorlara ihtiyaç duyması, bu doktorların mesleklerini mesai saatleri ile sınırlı olmaksızın geniş çapta uygulamalarını zorunlu kılmaktadır. Anayasa Mahkemesi, insan sağlığının geliştirilmesi ve yaşam hakkının korunması ile doğrudan ilgili olan doktorların bu pozisyonlarını dikkate almaksızın, çalışma koşullarına doğrudan kural 17'de belirtilen biçimde kısıtlamalar getirmiştir. 56. maddede düzenlenen yaşam hakkı maddesini de düzenlenen sağlık hakkına aykırı bularak iptal etmiştir. Anayasa Mahkemesi, çalışanlara mesai saatleri dışında yaptıkları katkılardan dolayı ek ödeme yapılmasının ve bu çalışmanın teşvik edilmesinin çalışanların dinlenme hakkını ihlal ettiğini tespit etmiştir. Ayrıca döner sermayeden yapılacak ödemelerin oranlarının alt sınırı belirlenmeden sadece üst sınırının kanunla belirlenmesine hükmetmiştir. Bu konuda düzenleyici otoritenin yürütme organına verilmesine ilişkin yasama yetkisinin devredilemeyeceği ve hukukun üstünlüğü ilkelerine aykırı olduğu iddiaları karşısında, döner sermayeden ödenecek ödemenin sadece üst sınırının iptal etmiştir. Alt sınır, hukukun üstünlüğünün gerektirdiği hukuki güvenlik ilkesine aykırıdır. Diğer maddeler açısından da incelemeye gerek görülmemiştir. Yasalar performansa dayalı ödeme sistemini anayasaya aykırı bulmadığı gibi bunun kapsamını belirlemiştir.

5947 sayılı kanunun 3. ve 2547 sayılı Kanunun 36 ncı maddesinde değişiklikler yapılmış ve her öğretim elemanı daimi statüde çalışmaya zorlanmış ve üniversitede tam zamanlı çalışmayı tercih eden akademik personelin başka faaliyetlerde bulunmaları yasaklanmıştır. Anayasa Mahkemesi, önceki yönetmelikte var olan kısmi çalışma imkanının kaldırılmasının ve sadece daimi çalışma statüsünün dahil edilmesinin anayasaya aykırılık teşkil etmediği sonucuna varmıştır. Öğretim elemanlarının kamu görevlisi olmaları nedeniyle hangi statüde çalışacaklarının belirlenmesinin kanun koyucunun takdirine bağlı olduğuna hükmetmiştir. Kararda, öğretim elemanlarına uygulanan asgari ders saati yükümlülüğünün ve birimi dışındaki yerlerde çalışabilmelerine ilişkin hükmün çalışma özgürlüğünü ihlal etmediği, sadece

üniversitede çalışmayı seçen kişilerin çalışma koşullarını düzenlediği belirtilmiştir. Ayrıca Mahkeme, kendi üniversiteleri dışındaki devlet veya vakıf üniversitelerine bağlı yükseköğretim kurumlarında akademik personelin haftada verebileceği azami öğretim saatlerinin Yükseköğretim Kurulu tarafından belirleneceğine ilişkin düzenlemenin bilim ve sanat özgürlüğüne, çalışma özgürlüğüne aykırı olduğu yönündeki iddiaları reddetmiştir ve sözleşmenin yanı sıra üniversitelerin özerkliği ilkesini de reddetmiştir (Köksal ve Gökmen, 2013: 78).

Anayasa Mahkemesi konuyu düzenleme yetkisini Yükseköğretim Kurulu'na bırakmış ve bu konuda yürütme yetkisinin verilmesinin Anayasa'daki yetki paylaşımına aykırı olduğu, kişisel işlerle ilgili düzenlemelerin gerekçesiz olduğu kadar kanunla da yapılması gerektiği iddiasını ortaya koymuştur. Anayasanın 131. maddesi nedeniyle üniversitelerde eğitimi düzenlemek, planlamak, yönetmek, denetlemek, yükseköğretim kurumlarında eğitim ve bilimsel araştırma faaliyetlerini yönlendirmek ve kişilerin eğitimi açısından planlar yapmak Yükseköğretim Kurulu'nun yetkileri arasında sayılmaktadır. Anayasa Mahkemesi'ne göre, öğretim görevlilerinin kendi üniversiteleri dışındaki yükseköğretim kurumlarında verecekleri azami ders saatlerinin belirlenmesi, bu yönüyle kanunla düzenlenmesi zor, teknik ve uzmanlık gerektiren bir düzenleme olup, yürütme organına bırakılması anayasaya aykırı değildir (Karlıkaya, 2006a: 3).

Anayasaya aykırı olduğu iddia edilen anayasaya aykırılık fıkrası ile ilgili olarak verilen karar, kanun ve diğer kanunlarda belirlenen daimi statüdeki öğretim elemanlarına 2547 sayılı yükseköğretim kurumlarından başka yerlerdeki görevleri ve telif hakları hariç ücretli veya ücretsiz, resmi veya başka herhangi bir özel işletmede görev yapamayacaklardır.

Üniversitelerin Anayasasında bilimsel çalışmaların yapıldığı ve bilimin bir kurum olarak öğretildiği, bilimsel ve idari özerklikle değerlendirildiği diğer kamu kurumlarından farklı olarak, öğretim üyeleri, aynı zamanda bir kamu görevlisi olmasına rağmen, genel olarak ayrı bir yer tutarlar. Sadece bir meslek sınıfında değerlendirilmemektedirler. Öğretim üyelerinin bu pozisyonları dikkate alındığında diğer kamu görevlileri gibi değerlendirilmeleri de mümkün değildir.

Kararda iptali istenen yönetmelikle üniversitelerin bilimsel veri yayma, ulusal alanda kalkınmayı destekleme, ülkeye ve insanlığa hizmet etme gibi görevlerini yerine

getirmelerinin engellendiği belirtilmiştir. Ayrıca, üniversitelerde görev yapan öğretim görevlileri arasında herhangi bir ayırım yapılmaksızın, işten sonra bile ücretsiz olarak herhangi bir resmi veya özel iş yapmaları yasaklanmıştır. Bunların anayasanın 130. maddesine aykırı olduğu tespit edildi ve diğer maddeler açısından da incelemeye gerek kalmadan iptal edildi.

Üniversite hastanelerindeki tüm tanı ve tedavi prosedürlerinin, birlikte çalıştıkları bir uzman veya asistan tarafından gerçekleştirilse bile bir öğretim üyesi ile ilişkilendirilmesi zorunlu olmalıdır. Aslında üniversite hastaneleri eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerinin bir parçası olarak sağlık hizmeti vermektedir, dolayısıyla bu süreçlerin bir öğretim üyesinin kontrolünde olması doğaldır. Sosyal Güvenlik Kurumu daimi statüye sahip olsa bile, serbest meslek sahibi çalışanlardan da sağlık hizmeti kabul etmemektedir ve Sosyal Güvenlik Kurumu üyelerine verilecek sağlık hizmetlerinin sadece bir kurumda çalışan hekimlerden alınacağı kuralını getirmektedir. Burada birden fazla kurumda çalışan doktorlar üzerinde herhangi bir kısıtlama bulunmadığından Anayasa Mahkemesi hükmü korunmuştur. Bu öğretim üyeleri, Sosyal Güvenlik Kurumu üyesi olan hastalarını, hastanın talep etmesi halinde özel muayenehanelerine kabul edebileceklerdir, ancak bu durumda hasta, Sosyal Güvenlik Kurumu ile değil, kendi tercihi ile kendi masraflarını karşılayacağı şekilde sağlık hizmeti almış olacaktır. Bu düzenlemeleri kötüye kullanmak isteyenler, ortaya çıkabilir ancak bu durumun taşıyacağı yasal riskler nedeniyle bu neredeyse imkânsızdır ve konunun denetimi uygulamanın kontrolünden çok daha kolay olmaktadır. Bu düzenlemelerle dolaylı da olsa tam zamanlı yasadan beklenen hedefe ulaşmanın mümkün olacağı öngörülmektedir (Karlıkaya, 2006b: 1-5 Karkıkaya, 2007: 9).

3.5. Tam Gün Yasasının Hasta Memnuniyetiyle İlişkili Maddeleri

MADDE 3 – 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 36 ncı maddesi aşağıdaki biçimde değiştirilmiştir.

“MADDE 36 – Öğretim elemanları, üniversitede statüsünde görev yapar.

Öğretmenler, bu personeller, bu hakların yanı başında, yükseköğretimde öğrencilerden başka ücretli veya ücretsiz, resmi veya özel başka herhangi bir iş göremezler, ek görevler, serbest meslek icraatlar. Öğretim elemanının görevi ile

ilgili olarak hizmetin başvuru ücretinden bir şekilde tahsil edilmesi halinde 58 madde kullanmak için kullanılır.

Buradaki ifade bize üniversite hastanelerinde görev yapan akademisyenlerin faaliyet gösterdikleri hastanesi haricinde bir yerde görev yapamayacaklarını bununla ilgili ücret alamayacaklarını açıklayan ve bunun sonucunda da hastanelerden hizmet alan hastaların hizmet almaları durumunda doktora daha rahat ulaşabilecekleri vakit harcamalardan memnun biçimde ayrılacakları durumu ortaya çıkmaktadır.

Öğretim üyesi, üyeliğin bulunduğu yükseköğretim sistemi ile ilgili olarak ve gereksinim durumunda üniversitede asgari düzeyde ders vermekle gerçekleştirmek. Öğretim ve öğretim görevlileri yanı sıra, asgari iki saat ders vermekle yükümlüdür.

Buradaki hastanelerde görev yapacak hasların çalışma saatlerinin düzenlenmiş olması doktorların hastalarla daha fazla iletişim kurabileceklerini onların bu ortam dışında başka bir yerde çalışmalarının önü kesilmiş olacak bu da hastaların hizmeti bir noktadan alarak memnun kalmalarını sağlayacaktır.

Öğretim elemanlarının, ders uygulama, seminer projesi, bitirme dersi ve tez danışmanlığının karşılaması; kendi okul üniversiteleri veya vakıf üniversitelerine bağlı olan yükseköğretimde uygulanan eğitim programlarında ve uzaktan eğitim programlarında verilen eğitim programlarında verilen öğretim programlarında verilen eğitimlerden oluşan yükseköğretim kurulu tarafından belirlenir.

Ders verme sebebi gösterilerek yapılacak uzaklaşmalara göre Yükseköğretim Kurumu tarafında kabul gören saat durumu da belirtilerek hastaneleri dışında başka yerlerde çalışmalarının da önüne geçilmeye çalışılmıştır. Bu durumda hasta memnuniyetine etki etmesi beklenmektedir.

MADDE 4 – 2547 sayılı çizimde, yüzey çizimi çizim ve maddeye bu paragraftan sonra gelir.

“Öğretim elemanları; kullanım ve kullanım muvafakati, üniversite yönetimi kurulunun uygun görmesi ve onaylanması ile ihtiyaç duyulan personelden, özlük yetiştirilecek kendica tamamlanmak üzere, kamu kamulaştırılacak işlerle kamudan işlenecek olan kişilerden aday olarak görevlendirilebilir. Bu görevlendirilenlerin, birleşmenin bulunduğu yükseköğretimdeki aylık ve ödemeler ile diğer hakları devam eder. Yükseköğretim kurulu, hizmetli ve Üniversitelerarası Kurumunda görevlendirilenlerin içinde yer almakta olan bu küçük yapılarda görevlendirilenler dönerden yararlanamaz.

Kamu mülkiyeti meslek kuruluşları ile dernek ve vakıfların yönetim ve denetimde bulunanlar bakımından bunlar arasında bir görevlendirme kararları aranmaz. Ancak bu yolların, öğretimin bu Kanundan geçimini aksatmayacak şekilde yürütülür.”

Burada yapılacak geçici görevlendirmeleri ve buradaki yapacakları mesailerine bağlı olarak sunulan çalışma durumunu belirleyen bu madde ile izinsiz çıkılamayacağı hastanesinde görev yapacağı ve hastalarına daha etkili hizmet vereceği düşüncesiyle oluşturulmuş bir maddedir.

MADDE 6 – 2547 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 57 – Bu maddenin yayımlandığı kısmî statüde görevlerinden olan kullanıcılardan yayımlanma yapılmadan bir yıl içinde bulunulan koşullarda yetiştirilir. Bu nedenle, tercihte kullanımlar için kullanılır.”

Çalışan sağlık mensuplarının kadro durumları ve istifa etme durumlarına bağlı olarak sunulan olan bu madde sonrası hizmet sunacak olan doktorların hastalarıyla daha fazla ilgilenecekleri ve kimin çalışıp çalışmayacağını yanında kadronun net olarak belirlenmesi ve hizmet verecek Sağlıkçıların netleşmesini sağlamaktır.

MADDE 7 – 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 12 nci maddesinin ikinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki biçimde değiştirilmiştir.

“Hekimler, diş hekimleri ve yetişkinlere göre tıpta uzman olanlar, sağlık kurumlarını ve gelirlerini aşağıdaki bentlerden sadece birinde ifa edebilirler:

- a) Kamu kurum ve kuruluşları.
- b) Güvenlik Kurumu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu ile sözleşmeli olarak çalışan çalışanları, Sosyal kamu ile sözleşmeli olarak çalışan kurumların Üniversiteleri.
- c) Sosyal özel sağlık kurumu ve çalışanları, sosyal kamu ve kamu ve güvenlik kurumu üniversiteleri, mesleki uygulama.

Hekimler, diş hekimleri ve tıpta daha yaşlı olanlar, ikinci paragrafın her bir alt paragrafı mümkün olmak üzere, daha fazla sağlık kurumunda ve mahallinde bulunmaları muhtemeldir. Bu çileden çıkaran sağlık durumu, Güvenlik Kurumu tarafından branş bazında anlaşmalı olunacak özel sağlık kuruluşları ve uygulamaları kapsamındaki seçimlerde ve hazırlık üniversitelerinde (b) bendi kapsamında kabul edilir. Ücreti hasta tarafından ödenmek ve Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan talep edilmek kaydıyla hastaların (b bendi kapsamında sayılan sağlık) tedavi ve tedavilerini mesleğini serbestçe icra etme kapsamında yapmak. Sözleşmeli statüde olanlar da dahil olmak üzere mali kurum ve kuruluşlarda görev yapan ve dönüşümlü ek ödeme almayan hekim olarak görev yapmak. Döner sermayeli sağlık mesleklerinin yanı sıra kurumsal olarak da sağlık hizmeti verebilmektedir. Bu çığırın uygulamada ve işyerinde baskın olanlar Sağlık Bakanlığı tarafından belirleniyor.”

Görev yapacak olan doktorların işyeri hekimliği yapanlar ile normal olarak görev yaptıkları alanlar dâhilinde çalışanların buralar dışında başka bir yerde görev alamayacaklarını belirten bu madde sayesinde hastanelerde çalışan sağlıkçıların

hastalara verecekleri hizmet alanları net olarak belirtilmiş bu durumun hastaların memnuniyetlerine etki edeceği düşünülmektedir.

MADDE 8 – 1219 sayılı olan kanuna aşağıda yer alan ek maddenin eklendiği görülmektedir.

“EK MADDE 12 – Kamu kurumlarında çalışan ve eğitim veren hekimler, iyi uygulamaları kullanan diş hekimleri ve iyi uygulamalardan yararlanan eğitimli doktorlar tarafından tercih edilmektedir. Bu sigorta priminin yardımcıları, yan sanayi sermaye fonlarından, sanayi giderlerinin ekonomik faydalarından yararlanır.

Özel sağlık kurumlarında ve üretimde çalışan hekimler, mesleklerini özgürce icra edenler, tercihlerine göre alet tercihinde uzman olanlar, şirin uygulamaya ilgi duyanlar için tercih edilen bu ürün satın alınacaktır.

Doktorların verdikleri hizmet sürecinde oluşacak zararlar konusunda durumun karşılanmasına ilişkin yapacakları sigorta işlemleri sayesinde durumdan etkilenmemeleri buna bağlı olarak hizmet verdikleri hastalara daha etkili bir iletişim yönüyle yaklaşımlarını sağlayacaktır.

MADDE 9 – 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanuna aşağıdaki

Bu madde içinde, üniversitelerin yataklı içinde bulunanlar da üzerinde uygulanır.

İzlenme süresinde tutulmuş olan personel ile ilgili personel, gidişatını karşılayamayan bir nöbet nöbeti saatinde, nöbet saatinde süresi 12 saat boyunca gözlenme süresi boyunca gözlenen süre içinde 40'ı ücreti ödenir. Bu ücretlendirilebilecek toplam icap nöbet süresi haftalık 120 saat geçemez. Hastanelerde nöbet tutacak sağlıkçıların çalışma saatleri ve bunların ücretlendirmelerine ilişkin düzenlemelerin yer aldığı bu madde neticesinde gece hizmet alan hastaların da bu süreçte daha iyi hizmet almaları ve memnuniyetlerine etki edecek pozitif yönlü bir işlemi göstermektedir.

MADDE 13 – 926 sayılı olan kanuna aşağıda yer alan ek maddenin eklendiği görülmektedir.

“EK MADDE 26 – Gülhane Askeri Komutanlığı ve askeri tıp fakültesine bağlı eğitim hastanelerinde kullanılır veya tıbbi güvenliğin sağlanması durumunda Sağlık Bakanlığı öncelikle Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığına atanır.

Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşları tarafından onaylanmaması ve Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Bakanlığı tarafından talep edilmesi halinde bağlı olduğu sağlık kuruluşu ve sağlık kuruluşu tarafından veya sağlık kuruluşu tarafından belirli bir gün veya belirli bir gün veya sağlık kuruluşunda belirli kişiler için. Milli Eğitim Bakanlığı veya Yükseköğretim Kurulu tarafından atanır.”

Sağlık alanında yer alan doktorların görev yerleri dışında askeri hastanelerde de görev yapacakları durumda buna ilişkin görevlendirmelerinin ve çalışma saatleri ile

vakaların durumuna ilişkin süreç Yükseköğretim Kurumu tarafında düzenleneceği ve sonucunda kişilerin bağlı bulundukları alan dışında çalımlarının önüne geçilmeye çalışılmıştır. Bu durum sonucunda hastanelerde tam zamanlı doktora erişim sağlanabilecektir.

MADDE 16 – 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 9 – Türkiye Kızılay Derneği (KIZILAY) ait 1/5/2009 tarihi ve lisanslı olarak kayıtlı durumdaki tesiste bulunan hastaneden, bu yasa Bakanlığı tarafından yayımından itibaren altı ay içinde Sağlık ile Kızılay Derneği'nden yapılacak protokollerle Sağlıkna devredilecek olanlarında, 1/5/2009 tarihi resminde kayıtlı İşe bağlı olarak çalışmakta olan ve 14/7/1965 sayılı iş ve 657 sayılı Devlet Memurları'nın 48 hakkındaki genel ve ilgili kadro veya olaylar hakkında özel ilgi gerektiren kişiselden;

a) Tabipler ve dış tabipleri, durumda durumda çalışma içindeilteki gerekli olan sağlık kurum veya görevlilerin memur kadrolarına Sağlık Bakanlığı atanırlar.

b) insanlar, tercihlerde, tabipler iş, durum ve yerinde iş amaçlı özel Devlet Başkanlığının görüşü üzerinde Maliye Bakanlığının izni ile eğitimde eğitimdeki sağlık kurum veya iş ekibine ya da döner ekibine yönelik olarak seçilmek için tercih edilecek kişiler , 657 sayılı numaralandırılmış 4 kişilik (B) edinilecek personel statüsüne geçirilir.

Bu araçlara eklenecek olan toplam tabip sayısı 180, sağlık sayısı 4 90'ı ve diğer personel sayısı 705'i geçemez.

Kadro ve kaderinde bulunanlar dahil olacaklar tam zamanında ile veya yaşlılıktan yoksunluğu ile herhangi bir sosyal okuldan veya yaşlılık içinde olan öğrenciler, düşünölen ve tamamlamaları sağlık onların geri kalanları ile bir ay tatili tamamlamaları gibi dahil altı ay içerisinde tamamlanır.

Bu madde bize gerekli olduğu durumda ihtiyaç durulan alanlarda sağlık hizmeti alçak olan hastaların bu hizmete daha rahat ulaşmaları adına gerekli tabip ihtiyacının ve görevlendirmenin sağlık bakanlığı tarafında yapılacağını ve hizmete ulaşımın kolaylığı sayesinde hasta memnuniyetinin artacağı düşünölmektedir.

MADDE 17 – 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 11 – Kamu kurum ve kuruluşlarında 26/5/1995-1/1/2010 tarihleri arasında görevden alınan memur, doktor, dış hekimi, uzman ve tıp eğitimi almış uzman hekimler, bu yıl içinde seçilmeleri halinde açık atama ile atanabilirler. Bu yayından itibaren altı ay. Gerektiğinde bu kapsamda izin alınmadan görevlerinden ayrıldıkları ildeki Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlara açıktan atanabilirler. Görevleri nedeniyle mazeretlerden atananlardan alınacak mazeretlerden kullanılacaktır.”

Bu madde ile kişiler görevlerinden ayrılırlar bile istedikleri takdirde kamu yararı adına tekrar göreve gelebilecekleri ve bu sayede hizmet talep eden hastaların işlem süreçlerinin hızlı gerçekleşmesi neticesinde hasta memnuniyetinin de artacağı beklenmektedir. (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm> Erişim Tarihi: 19.09.2022)





4. HASTA MEMNUNİYETİ

4.1. Hasta (Müşteri) Kavramı

Farsça "hasta" ve bu nedenle "hastalık" kelimelerinin kökeni " *χaste* " dir, bu da yaralı, incinmiş anlamına gelir. Arapça hastalık karşılığı "maraz" ve "hastalık", hasta, "bimar" ve "hastalık" anlamına gelen bir başka Farsça kelime Türkçeye aktarılmış ancak günümüzde büyük ölçüde kullanımdan kalkmıştır. Türkçenin uzak geçmişine ait hastalık anlamına gelen "iğde / ig" ve hasta anlamına gelen "sayru / sayrı" gibi kelimeler de günümüzde kullanılmamakla birlikte, ikincisini canlandırmak için bazı çabalar sarf edilmiştir. Hasta belli bir fiziksel ve zihinsel alanda hissedilen rahatsızlık olarak tanımlanabilir. Tıbbi ve medikososyal bağlamlarda, "Hasta" bazı daha dar ve bazı daha geniş anlamsal yüklerle kullanılır. Tıbbi dilde, hastalığa ek olarak, semptom ve sendromun aksine, nedeni, etkileri, evreleri ve tedavisi açık bir klinik tablodur. Dar anlamda, bir hasta belirli bir hastalığa yakalanmış bir kişidir. Doğal ve kültürel boyutları olan hasta kavramı, yaşlı olmak ve geniş bir kitleye mal olmak gibi iki önemli özellik sunar. Hem antik çağın hem de kitleselliğin kavramların anlamsal yükünü genişletmesi ve dolayısıyla tereddütler, zihin karışıklıkları yaratmaktadır. Araştırmamıza konu olan hekimlerin zihninde nasıl şekillendiğini işlemeye başlamadan önce hasta kavramını genel olarak ele almak; kavramın farklı dönem ve toplumlardaki anlamsal yüklerine ve geçirdiği anlamsal değişimlere odaklanmak yerinde olacaktır. Bu bağlamda oluşturulan üç alt bölüm, kavramın sözlü anlatımı, geçirdiği evrim süreci ve günümüz dünyasındaki somut karşılığıdır. Varlık hali olarak hastalık, varlık olarak hasta somut dünyaya ait unsurlardır. Bunlar insan zihnindeki benzerlerinin yanı sıra hastalık ve hasta kavramlarıdır. "Hastalık" ve "hasta" nın yanı sıra eşdeğer veya yakın anlamı olan sözcüklerin yanı sıra dildeki kavramların eşdeğerleri, başka bir deyişle kavramları ifade eden konuşma kalıplarıdır (Ibanez vd., 2006: 633-650).

4.2. Hasta Memnuniyeti Kavramı

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler, bireysel ve sosyal değerler gibi birçok faktörle ilişkili karmaşık bir kavramdır. Bakım sonuçlarının algılanması ve beklentilerin yerine getirilmesi ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişiler tarafından ve hatta farklı zamanlarda aynı kişiler tarafından farklı şekilde tanımlanabilir. Hastanın arkadaşlarıyla geçmiş deneyimleri ve sözlü ve yazılı beklentiler, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal statü, sağlık durumu, tanı, hasta memnuniyeti yoluyla edindiği basın yoluyla edindiği bilgiler hastanın kendi sağlık durumu algısını etkileyebilir (Yılmaz, 2001, 69-74). Bazı çalışmalarda yaşlı hastaların genç hastalardan daha memnun oldukları belirtilmektedir (Devebakan ve ark., 2003, 68-74). Bazılarında olduğu gibi, yaş ve memnuniyet arasında bir Ayrışma bulunamamıştır (Clark, 2022: 98).

Cinsiyet üzerine yapılan araştırmalarda da farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazılarında kadınların ve erkeklerin bazılarında daha memnun oldukları, bazılarında ise edep ile tatmin arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı belirlenmiştir (Chandra, 2011: 314-328). Eğitim düzeyi ile memnuniyet arasındaki ilişkide de farklı sonuçlar bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük olanların verilen hizmetleri, eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha kaliteli algıladıklarını gösteren çalışmalar olduğu gibi (Bilici, 2008: 61-71), eğitim düzeyi yüksek hastaların daha memnun olduklarını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Yılmaz, 2000). Öte yandan sosyal güvenliğe göre memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) bünyesinde Emekli Sandığı sosyal güvencesine sahip olanların memnuniyet düzeylerinin Bağ-Kur, SSK ve diğer sosyal güvencelere sahip olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, hastaneden hekimin özel muayenehanesine gitme durumuna göre hastaların memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, gidenlerin memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Ercan, vd. 2004, 161-164).

Amerika'da dini inançların hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini değerlendirmek için ulusal düzeyde bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada yaş ve Edep arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Irk ve Dürüstlük arasında bir ilişki bulunamamıştır. Eğitim düzeyi arttıkça memnuniyetin arttığı tespit edilmiştir. Daha dindar insanlarda daha yüksek bir memnuniyet düzeyinin gözlemlendiği tespit edilmiştir

ve bu çeşitli nedenlere bağlanmaktadır. Böyle bir sonuç, daha olumlu bir dünya görüşünü teşvik eden dini öğretiler nedeniyle elde edilebilir. Diğer bir neden ise, dindar bireyler doktorları Tanrı'nın araçları olarak kabul ettikleri için, onları daha güvenilir ve daha becerikli olarak algılama eğiliminde olmalarıdır. Böyle bir bakış açısı hasta memnuniyetini de artırır (Benjamins ve ark., 2006, 85). Günümüzde hastanelerin hasta memnuniyeti çalışmaları tipik olarak kabul, uyum, iletişim, bakım kalitesi, personel ve fiziksel tesisler gibi sayısız ölçüm karşısında organizasyonun performansının hastalar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesine çevrilmiştir. Hasta memnuniyeti ölçümleri, yöneticilere hastaları ve operasyonel eksiklikleri göstermek için bilgileri kullanmalarını öğretmiştir. Hastane çalışanları kaliteli sağlık hizmetini etkin bakım çerçevesinde tanımlasa da, en iyi teknolojinin ve en nitelikli personelin bulunması ne yazık ki hiçbir hasta memnuniyetini garanti etmemektedir. Hastalar birey olarak davranışlarına yönelik duyguları ve bekleme süreleri gibi konularla ilgilenmektedir. Bu nedenle, stratejik yönetim sürecinde, hastane yöneticilerine hastaları çekmek ve elde tutmak açısından neyin gerekli olduğunu sormaları için rehberlik edilmelidir. Araştırmalarda toplam memnuniyetin önem sırası hemşirelik hizmeti, kabul süreci, çevre, hasta yakınları, doktor olarak belirlenmiştir.

Konu ile ilgili benzer çalışmalarda davranışsal niyetler olarak sırasıyla hemşirelik hizmeti, hasta yakınları, çevre, doktor ve kabul süreci dâhil edilmiştir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuç, hastanın toplam memnuniyet düzeyini veya davranışsal niyetini arttırmak açısından diğer hizmet tutumlarından ziyade hemşirelik hizmetlerine odaklanması gerektiği yönündedir. Sosyal davranışsal niyetler, mevcut veya potansiyel müşteri davranışlarını etkileyen olumlu veya olumsuz tutumlardır. Örnek olarak Kayseri'de özel bir hastanede ayakta tedavi gören hastaların memnuniyet düzeyini etkileyen faktörler, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetini etkileyen en önemli bileşenlerin, hizmet kalitesi bileşenlerinin belirlenmesinin yanı sıra, hasta memnuniyeti ile davranışsal niyet arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması amacıyla bir araştırma yapılmıştır (Varinli ve ark., 2004, 33–52). Poliklinik hastalarının hastaneyi tekrar seçebilmeleri için hizmet kalitesi ile ilgili en etkili faktör hekimler olarak bulunmuştur. Yeniden seçimde fiyat faktörü etkili olurken, öneri kararında memnuniyet faktörünün daha etkili olduğu tespit edilmiştir.

4.2.1. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Sağlık kurumunun hasta beklentilerini karşılayabilmesi için hastaların verilen hizmetten duydukları memnuniyet araştırılmalıdır. Sağlık kurumunun kendisinden hizmet alan hastaları tanıması, onlarla daha iyi ilişkiler kurması, hasta memnuniyeti açısından talep ve beklentilerini belirlemesi önemlidir (Elçioğlu vd., 2007: 94-100). Bakım kalitesi, sağlık sektöründe kalite güvencesi ve kalite iyileştirme programlarında baskın bir kavramdır. Sağlık sektöründe kalitenin önemi anlaşılmıştır, ancak son on yılda kalite sigortası, kalite iyileştirme programları ve hasta gündemlerinin geliştirilmesiyle hızlanmıştır. Hasta memnuniyeti sağlık hizmeti kalitesinin önemli bir ölçüsüdür, çünkü hizmet sağlayıcının müşteriyle en ilgili olan beklentileri karşılamadaki başarısı hakkında bilgi sunar ve hastaların bakış açısının davranışsal niyetinin kilit bir belirleyicisidir. Hasta memnuniyeti, üstün uyum, tıbbi hizmetlerden daha az yararlanma, daha az malpraktis davaları ve daha iyi prognoz gibi önemli sonuçlarla ilişkilidir. Tüketici memnuniyeti için sağlam bir kavramsal temelin ve tutarlı bir ölçüm aracının yokluğu, son on yılda, yalnızca hasta deneyimine, yani bekleme süreleri, sağlık hizmetinin kalitesi gibi bakım deneyiminin yönlerine odaklanan anketlerin çoğalmasına yol açmıştır.

4.2.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyeti sağlık profesyonelleri için zorlu bir kavramdır, hastanede kalmanın bir tatil beldesinde kalmanın veya iyi bir yemek deneyiminin verebileceği aynı zevki pek vermediği düşünülürse. Bununla birlikte, tıp endüstrisi, sağlayıcılara verilen hizmetlerin hacmi için değil, daha çok bu hizmetlerin kalitesi için geri ödeme yapma arayışını sürdürdüğü için hasta memnuniyeti önemlidir. Hasta memnuniyeti ve müşteri memnuniyeti kavramları birbirine paralel olarak düşünülebilir. Müşteri memnuniyeti, tüketicinin satın aldığı üründen memnun olmasını, kendini iyi hissetmesini ve mutlu olmasını tanımlayan psikolojik bir kavramdır (Hafta, 2022: 94-109). Bu açıdan bakıldığında müşteri sadakatının daha karmaşık bir tutum olduğu söylenebilir. Müşteri sadakati dört aşamada gelişir. Hasta ile hastane arasındaki mesafe de kesin olarak düşünülebilir. Son olarak, maliyeti ne olursa olsun hastanın

hastaneye olan duygusal bağılılığının yanı sıra, hizmet aldığı hastanenin hizmet sunumu, personelin ilgisi ve nezaketi nedeniyle hasta kendini hastaneye yakın hisseder. Hastaları hastaneye bağlamanın birçok avantajı vardır. Her şeyden önce, yeni hastaları çekmek maliyetli ve zahmetli bir süreçtir. Hastaların memnuniyeti yeni hastaları da beraberinde getirecektir. Çünkü insanlar özellikle sağlıkları ile ilgili konularda eşlerinin ve arkadaşlarının tavsiyelerinden daha fazla etkilenirler. Bir takım çalışmalarda hasta memnuniyetinin hasta sadakatine etkisi incelenmiştir. Müşteri memnuniyetini ve müşteri sadakatini inceleyen çalışmalarda (Varinli ve Çakır, 2004: 33-52) doğrudan veya dolaylı müşteri memnuniyetinin sadakat üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Satın aldığı üründen tatmin olmuş ve memnuniyet duyan bir müşteri genel olarak müşteri sadakatinin ve yüksek finansal performansın kilit noktalarını oluşturmaktadır. Müşteri sadakati, mevcut müşterileri markanın birer savunucusu haline getirir. Sadık müşteriler, markayı farklı platform ve ortamlarda tanıtarak yeni müşterin ilgisini çeker. Müşteri sadakati kavramı dört ana başlıkta karşımıza çıkmaktadır. Bunlar; Bilişsel sadakat (cognitive loyalty), duygusal sadakat (affective loyalty), davranışsal sadakat (conative loyalty) ve eylem sadakati (action loyalty). Basitçe söylemek gerekirse, hasta memnuniyeti, tıbbi uygulamanızda hastanın ne kadar iyi tedavi edildiğinin bir göstergesidir. “Ne kadar iyi” sadece bakımın kalitesini değil, aynı zamanda hastanın aldığı tedaviden ne kadar mutlu olduğunu da ifade eder. Bakım kalitesinin bir ölçüsüdür ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına, bakımlarının etkinliği ve anlayış düzeyleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetlerinin çeşitli yönleri hakkında değerli bilgiler verir.

Hasta memnuniyeti, her zaman kritik bir faktör olmakla birlikte, sağlık alanında son zamanlarda ivme kazanmıştır. Hasta merkezli sağlık hizmeti ortamının ardından hastalar, sağlık hizmetlerini yönetmede daha büyük bir rol talep ediyor ve sağlayıcılarından daha yüksek düzeyde bağlılık ve özen bekliyorlar. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, sağlık hizmetleri pazarlama stratejilerini buna göre ayarlamaları gerekmektedir.

Bilişsel bağlılık, müşteride bir ürünün alternatiflerine göre tercih edilebileceği bilgisinin oluşmasıdır. Sadakatin ilk adımı bu aşamada atılır. Müşteri aldığı ürünün performansını, kullandığı hizmetin kalitesini değerlendirir. Bununla birlikte, özellikle herhangi bir ürünü tercih etme eğilimi yoktur (Erdem ve ark., 2003: 3-26). Bu aşamada

ürüne karşı pozitif bir değer elde edilmişse, ikinci aşama olan duygusal bağlanma kendini gösterir. İlk izlenimler, üründen memnuniyet, duygusal sadakati güçlendirir. Üçüncü aşamada davranışsal bağlılık, müşteri ürün veya hizmete karşı olumlu tutum sergilemesi açısından tekrar satın alma davranışı gösterir. Son aşamaya ek olarak, eylem taahhüdü, ürün veya hizmet artık sürekli olarak satın alınmakta ve kullanılmaktadır. İstenen müşteri sadakati bu son aşamada ortaya çıkmaktadır (Özerdoğan, 2005:19).

Genel olarak hasta bağlılığını hastanın hastane ile ilişkisinin devam etmesi ve diğer taraftan hastanenin hizmetlerini potansiyel hastalara tavsiye etmesi olarak tanımlamak mümkündür (Engiz, 2007: 2). Daha geniş bir tanım yapmak gerekirse, hasta sadakati, hastanın hastane hizmetlerini beğenme, ihtiyacı olduğunda aynı hastaneyi tekrar tercih etme, hastanenin çevresindekilere hizmetleri hakkında olumlu konuşma ve hastaneyi “hastanem” olarak içtenlikle benimseme eğilimidir. Hasta sadakatinin üç konu ile şekillendiğini düşünmek mümkündür: alınan sağlık hizmetlerine duyulan güven, hizmetlerin maliyeti ve duygusal olarak alınan haz. Müşteri sadakatini olumlu yönde etkileyen en önemli faktörlerden biri alıcı ile satıcı arasında bir edep unsurunun oluşmasıdır. Müşteri sadakati yaratmada güvenin teşvik edici yönü, uzun vadeli ilişkilerin geliştirilmesinde hayati öneme sahiptir. Güven, bir ilişki süreci açısından karşı tarafın niyetine ilişkin inançlar veya inançlar bütünü olarak tanımlanabilir (Hacıfendioğlu, 2005:71). Birçok mal ve hizmet açısından tüketici, hizmetin kalitesi ve uygunluğu hakkında bir fikre sahiptir. Ancak sağlık açısından tüketicinin kendisine uygulanan tedavi yönteminin uygunluğu ve kalitesi hakkında çok az bilgisi vardır (Erdem ve Yıldırım, 2003: 3-26). Bu açıdan sağlık hizmetlerinde hizmeti verenlere duyulan güven çok daha önemlidir. Hastalar, özellikle ciddi sağlık sorunları olduğunda, daha güvenilir bir sunucudan hizmet alma açısından daha fazla maliyete maruz kalma eğilimindedir. Hasta sadakatinde belirleyici olan ikinci faktör, hastanın mevcut hastane dışındaki diğer hastaneleri tercih ederken taşıması gereken ekstra maliyet nedeniyle hastanın mevcut hastaneden sağlık hizmeti almaya devam etmesidir (Gündoğdu, 2006: 10-19).

4.2.2.1. Sağlık personeli ile hasta etkileşimi

Sağlık sektöründe etkileşim sürecinde personel ile hasta arasındaki iletişimde ön plana çıkan bazı davranışlar vardır. Bunlardan bazılarını ilgili olmak, sabırlı olmak, güler yüzlü ve hoşgörülü olmak, saygılı olmak, herkese eşit davranmak, hastayı kendine güvende hissettirmek, yardımsever iletişim kurmak, stres yönetimi, önyargı ve sağlık personeli imajı gibi ifadelerle açıklayabiliriz. Hasta ile sağlık çalışanları arasındaki iletişimin hem hasta açısından hem de sağlık çalışanı açısından doğru ve etkili olması önemlidir. İyi iletişim sayesinde hastanın takip ve tedaviye daha istekli olması ve sağlık çalışanından memnuniyetini arttırması; sağlık çalışanı açısından da çalışanların daha hızlı, stressiz, mutlu ve güvenli çalışmasını sağlar. Bu durumun sağlanması için iyi ve etkili, saygılı iletişimin karşılıklı olması ve toplumun bu konunun farkında olması önemlidir. Sağlık kurumlarında hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişim sürecinde önemli sorunlar bulunmaktadır. Sorunların en başında hasta ve sağlık personeli iletişime önem vermemekte, sağlık çalışanı hastalardan gerekeni yapmaları için kendilerine güvenmelerini beklemekte, sağlık hizmeti almak zorunda olan hasta ve yakınları içinde bulundukları durumdan dolayı stresli ve tedirgin olmaktadır. En önemli sorunun yanı sıra zaman zaman başta hekimler olmak üzere sağlık personeli tarafından hastaları bilgilendirmenin sadece zaman kaybı olacağı düşünülmektedir. Hasta bir kişi hastaneye geldiğinde, önce sorunlarını anlatmak için doktoruyla temasa geçer. Sağlığındaki bozulmaları anlatan hasta ile dinleyen ve tanı koymaya başlayan doktor arasındaki iletişimin etkili ve sağlıklı olması önemlidir. Birçok nedenden dolayı kendini yeterli şekilde ifade edemeyen hasta ile zaman yetersizliğinden dolayı acelesi olan doktor arasında bir iletişim sorunu ortaya çıkabilmektedir. Doktor ve hastanın ortak amacı, hastanın sağlığını iyileştirmek ve sürdürülebilir kılmak, yaşam kalitesini yükseltmek, fiziksel, sosyal, psikolojik ve davranışsal açıdan tam bir esenliğe dönüştürmektir. Bu nedenle, aynı amaç açısından yola çıkan doktor ve hasta, birlikte hareket etmekten, işbirliği yapmaktan, birlikte karar vermekten ve bunları tanı ve tedavi sürecinde uygulamaktan da sorumludur. Hasta-hekim ilişkisinde üzerinde durulan dört önemli nokta; hasta-hekim etkileşiminin amacı, hekimin yükümlülüğü, hasta değerlerinin rolü ve hasta özerkliği kavramıdır. Bu dört önemli nokta, hasta ile doktor arasındaki iletişimin temelini oluşturur. Hekimin hastasını iyi anlaması ve tanı koymasında hekime yardımcı olacak bilgilerin

toplanması, tanı ve tedavide gerekli işbirliğinin sağlanması açısından kendisini hastasına iyi anlatabilmesi ancak etkili iletişimin kurulmasıyla mümkündür. Doktor ve hasta arasında sağlıklı bir iletişim kurulamaması; hastadan veya hastanın ailesinden alınan doğru tanı bilgilerinin, hastanın işbirliği yapmaması, sorunların ortaya çıkmasını önlemek gibi hasta ile yaşanabilecek sorunlara yol açabilir. Hastalar doktorlarıyla ilişkilerinde anlaşılmadıklarını hissettiklerinde, kendilerine verilen tanı ve planlı tedaviden şüphe edebilirler. Hasta ile doktor arasındaki iletişim sorunlarını değerlendirirken, bu sorunların temelinde hasta, hastalık, doktor veya sistem sorunları olabilir (Ertong, 2011: 48).

4.2.2.2. Hasta bilgilendirme

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin yayımlanmasından sonra hızla yaygınlaşan "insan hakları" kavramı, son yıllarda birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de güncel bir konu haline gelmiştir. Hasta haklarına ilişkin ilk uluslararası düzenleme, Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981 yılında yayınlanan Lizbon Deklarasyonu'dur. Bu bildirgeden sonra 1994 yılında Amsterdam'da hazırlanan Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi ve 1995 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanan Hasta Hakları Bildirgesi ile kavram gelişmiş ülkelerin sosyal yaşamında yerini almıştır (Sur ve ark., 2001: 2). Hasta hakları temel olarak insan hakları ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade eder ve insan hakları ile ilgili temel belgelere dayanır. Yani insan olarak saygı görmek, kendi hayatını belirlemek, güvenli bir yaşamı sürdürmek, özel hayata saygı duymak gibi ilkeler de hasta haklarının temelidir. Sağlık hizmetlerinin herkes için eşit erişilebilir ve sürekli olmasının yanı sıra, hasta haklarının en önemli hedefini oluşturmaktadır. Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde hasta ve diğer çalışanlar tarafından haklarının tanınması, talep edilen bakımın kalitesini arttırmakta ve bu nedenle hizmet kalitesini arttırmaktadır. Bunun sonucunda hasta ile sağlık çalışanları arasında pozitif bir ilişki kurulmakta ve ortaya çıkabilecek birçok sorunun üstesinden gelinebilmektedir (Saruç, 2007: 2). Hastalar her türlü sağlık hizmet ve olanaklarının neler olduğunu öğrenme ve sağlık durumlarıyla ilgili her türlü bilgiyi sözlü veya yazılı olarak talep etme hakkına

sahiptirler (Karlıkaya, 2006b: 13; Elçioğlu ve diğerleri, 2007: 96; Hakeri, 2007: 57; Sütlaş, 2000: 80; Tuzla ve diğerleri, 2005: 33- 34).

4.2.2.3. Hastalıkta beslenme hizmetleri

Beslenme, bireyin yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için ihtiyaç duyduğu makro ve mikro besinlerin, enerjinin ve suyun birbirine göre ve öğünlerde yeterli ve dengeli olarak alınmasıdır. Bireyin sağlığı, yeterli ve dengeli beslenme ile yakından ilişkilidir (Alphan ve ark., 2014: 85-135). Bireylerin değişen metabolik ihtiyaçlarına rağmen, tükettikleri besinler arasında var olan dengesizliklerin bir sonucu olarak, yetersiz beslenme (Malnütrisyon) adı verilen kötü bir beslenme durumu ortaya çıkmaktadır. Bu durum sonucunda çeşitli fonksiyonel bozukluklar gözlenebilmektedir (Selçuk, 2012: 158-62). Beslenme durumunu anlamak için kullanılan birçok yöntem vardır. Bunlardan bazıları; hasta kaydının besin alımını anlamak amacıyla gıda tüketiminin, muayenenin çeşitli besin gruplarının tüketim sıklığının, rutin biyokimyasal ve hematolojik test sonuçlarının, vücut kompozisyonu ölçümlerinin alınmasının, el kavrama kuvvetinin, tat alma tomurcuklarının kaybının incelenmesidir. Çalıştıkları, yaşadıkları ev dışındaki kişiler veya bu hizmetleri veren kuruluşlar tarafından sunulan yemek veya yemek yerlerine ve bu hizmetleri veren kuruluşlara da genellikle "toplum beslenmesi" olarak adlandırılır (Kutluay & Merdol vd., 2003: 142; Üstel 2005: 142; Bilici, 2008: 242). Toplu beslenme hizmeti veren kurumlar tüketici kitlesine (öğrenciler, hastalar, işçiler vb.) hizmet vermektedir. Bu kurumlar özelliklerine uygun olarak kaliteli hizmet vermekle yükümlüdür (Bilici 2008: 242). Hastalığın türü ne olursa olsun, hastanın hastanede kalış süresi açısından doğru beslenmesi, hastanın hastanede kalış süresini kısaltacak, psikolojik ve ekonomik destek sağlayacak ve yatağa bağımlı hastalarda gelişebilecek dezavantajların çoğunu kısmen azaltacaktır. Bu olumsuzlukların başında yetersiz beslenme (malnütrisyon) gelir. Yapılan çalışmalarda uzun süre hastanede yatan hastalarda malnütrisyon (malnütrisyon) insidansının %5-50 arasında olduğu bildirilmiştir. Morley, yaşlıların toplum açısından% 15'inin çeşitli derecelerde yetersiz beslenmeye (malnütrisyon) sahip olduğunu göstermiştir. Hastanelerde hastanın sağlık sorunu ile ilgili tedavi sürecinde yeterli ve dengeli beslenme, hastanın yetersiz beslenmeden (malnütrisyon) ve

gelişebilecek karmaşık durumlardan korunması açısından önemlidir. Bu nedenle hastanelerde sunulan toplu beslenme hizmetlerinin titizlikle planlanması ve uygulanması gerekmektedir. Günümüzde toplu beslenme sistemlerinde organizasyon planları yapılmakta, standartlar belirlenmekte, ancak hem sağlık hem de hizmetten yararlanan hastalar açısından memnuniyetsizlik ve şikayetler dile getirilmektedir (Üstel, 2005: 142).

4.2.2.4. Fiziksel ve çevresel koşullar

Hastanelerde fiziki şartların oluşturulmasında ve çeşitli gelişmelerin yenilenmesinde öncelikle hasta bireylerin ve ziyaretçilerinin kullanımı ve kaliteli bir bakım hizmeti sunma amacı amaca uygun hareket etmenin temel bileşeni olarak kabul edilmektedir. Hastanenin fiziki koşulları; Bireylerin odaklandığı ve önem verdiği memnuniyet boyutlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Fiziksel çevre, tüketicinin bir hizmet satın almadan önce aradığı ipuçlarını vermesi açısından önemli bir kaynaktır. Aydınlatma, ısı, havalandırma sistemi, konfor, modernite gibi koşullar hastanın hastanenin fiziki koşulları ile ilişkisinin değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle, fiziksel medya kullanımının hizmetin kalitesi üzerinde etkisi vardır. Aynı şekilde işletmenin fiziki imajı gibi ipuçları da tüketicinin hizmet değerlendirmesini etkilemekte ve hizmetin başarısızlığını tersine çevirebilmektedir (Mozumder vd., 2022: 256-261).

4.2.2.5. Hasta güveni

Belirsizlik ve öngörülemezlik durumlarının arttığı hayatımızda, sorunların çözümünde güven unsuru yatmaktadır (Ertong, 2011: 19-21). Bu nedenle, literatürde var olan güven kavramını açıklamak önemlidir. Güven, karşılıklı iletişim, birbirini anlama, dürüstlük, doğruluk ve beklentileri karşılama açısından vazgeçilmez bir unsurdur. Güveni, bir varlık ile kendisi arasında kesin bir bağlantının olduğu ve belirli bir tutarlılığın olduğu bir teslim olma durumu olarak tanımlarken, Kararlı bir şekilde; bunu, diğerinin onu hayal kırıklığına uğratma ihtimaline rağmen, bu davranışı yapan bir kişi olarak tanımlamaktadır. Güveni, muhabata korku, tereddüt ve şüphe duymadan

inanmak ya da ona karşı gelişen bir bağlanma duygusu olarak tanımlamakta mümkündür. Günlük hayatımızda bir zorunluluk olan karşılıklı güven ortamının sağlanması hekim-hasta ilişkisinde de bir zorunluluk olarak görülmektedir (Aydın, 2001: 73). Hekim-hasta ilişkisinin temeli güvendedir. Özellikle son zamanlarda bilgiye erişim kolaylığı ile hastalıkları ve tedavileri hakkında eskisinden daha fazla bilgiye sahip olan hasta profili ortaya çıkmıştır. Güven, sağlık hizmeti veren kişi veya kuruma bağlılık açısından da önemli bir belirleyici faktördür. Hekimlere güvenmeyen hastalar hekim tavsiyelerine uymaz, tedavilerini yarım bırakır veya hiç başlamaz (Karsavuran ve ark., 2011: 210). Hastanın hekime olan güveni azaldıkça o hekime veya o sağlık kuruluşuna olan tercih düzeyi de azalmaktadır (Mainous, 2001: 23). Hastaların doktorlara güvenmesini sağlayacak unsurlar, hastanın şikâyetleri ile ilgili durumları açıklamasına izin vermek ve dikkatle dinleyerek, hastayı düşündüren sorular sorarak, aceleci davranmayarak ve hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için zaman ayırarak kesintiye uğratmamak olarak nitelendirilebilir. Hastayla kurulan etkin bir iletişim sürecinde hastanın hekime olan güveni önemli bir yer tutar (Marr, 2022: 33).

4.2.2.6. Sağlık alanında ücret

Sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki olumlu etkisi, eğitim gibi mikro düzeyde bireyin işgücüne katılımını ve verimliliğini etkilemesinden kaynaklanmaktadır. İyi sağlığın özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için üretkenliği olumlu etkilediği bilinen bir gerçektir (Mystakidis, 2022: 486-497). Bunun nedeni, özellikle azgelişmiş ülkelere çalışma çağındaki yetişkinlerin yeterli beslenme ve sağlık durumlarının olmaması ve aynı zamanda etkin ücret teorisinin bu konuda tutarlı açıklamalar sağlayamamasıdır (Riva ve Wiederhold, 2022: 326). Azgelişmiş ülkeler için daha geçerli olan etkin ücret teorisine göre ücretler beslenmeyi etkilemektedir. Daha iyi ücret alan işçiler daha iyi beslenebilmekte ve böylece daha sağlıklı oldukları için üretkenlikleri artmaktadır (Lee: 2021: 72-80). Bu durumda sağlık yatırımları nedeniyle işgücüne katılabilecek potansiyel işgücü sayısındaki artışın sanayileşmiş ülkelere göre daha yüksek olmasını beklemek yanlış olmaz (Kye ve ark., 2021: 18-19). Sağlık ekonomisi literatüründe ücret ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalar yayınlanmıştır. Genel olarak, bu çalışmalar iyi sağlığın ücret veya geliri

olumlu yönde etkilediği sonucuna varmıştır. Ücretler, bireyin verimliliğinin bir göstergesi olarak kullanıldığından, sağlığın ücretler üzerindeki etkisi önemlidir. Bununla birlikte, literatür taraması sağlığın kazanç ve gelir üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaları da içermektedir. Sağlığın ücret veya gelir üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik çalışmaların çoğunluğu beşeri sermaye literatürüne dayanmaktadır. Beşeri sermaye literatüründeki sağlık sermayesi ile eğitim gibi beşeri sermayenin diğer unsurları arasında benzerlik kurar. Tüketici davranışı çalışması çerçevesinde olduğu gibi dayanıklı tüketim malı olarak da görülmektedir. Sağlığın beşeri sermayenin bir unsuru olması, stok olduğu varsayımıyla bu yaklaşımı benimsediğini vurgular. Hasta memnuniyeti, bireyin sağlık kurumundaki deneyimleri, sağlık kurumuna ilişkin değerlendirmeleri ve sağlıkla ilgili beklentilerine odaklanır. Öte yandan, bir kişinin sağlık hizmetlerine ilişkin beklentileri de sadece kendi deneyimlerinden ibaret değildir. Beklenti ve değerlendirmelerin oluşturulmasında, kendi deneyimleri, kültürel özellikleri, sosyal çevreye ilişkin beklentilerinin yanı sıra, hastanedeki önemli kişilerin kendi bakış açılarından yaşadıkları deneyimler, kurum tarafından sağlanan bilgiler gibi birçok kanaldan beslenmektedir (Sarkis, 2022: 306-313).

4.2.2.7. Sağlık işgücü ve sağlık istihdam politikaları Türkiye’de sağlık işgücü

Sağlık iş gücü, sağlık hizmetleri sunumundaki en önemli kaynaktır. Emek yoğun bir sektör olan sağlık sektöründe insan gücü maliyetleri toplam maliyet içerisinde en büyük payı almaktadır. Sağlık İnsan gücü mevcut Durum Raporu’na göre; Türkiye’de sağlık sektörü maliyetlerinin % 80’i insan gücü maliyetlerini oluşturmaktadır. Bu oran diğer ülkelerde % 60 oranında seyretmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015, s.8).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlık iş gücü iki ana başlık altında sınıflandırılabilir. WHO 1992 yılı iş gücü istatistiklerine göre sağlık işgücünü meslek ve çalışma alanları olarak iki bölüme ayırmıştır (İşlek, 2005, s.12);

- **Mesleki Sınıflandırma:** Hekimler, Diş Hekimleri, eczacılar, veterinerler, hemşireler, Ebeler, Diyetisyenler, fizik tedavi uzmanları ve laboratuvar teknisyenleri bu alana dahil edilmektedir.

- **Çalışma Alanına Göre Sınıflama:** Kişiyeye Yönelik Hizmet Görücüler (Hekimler, Diş Hekimleri, Hemşireler vb. Temel sağlık personeli), Çevreye Yönelik Hizmet Görücüler (sağlık mühendisi, çevre mühendisi, veteriner, çevre sağlığı teknisyeni vb.), Laboratuvar personeli (mikrobiyolog, biyokimya uzmanı, hematolog, patolog vb.), Sağlık Destek Personeli (hastane idarecisi, tıbbi sekreter, istatistik uzmanı vb.) genel hizmetler (sekreter, şoför vb.) olarak sınıflandırılmıştır.

Ülkemizde iş gücü planlaması ile ilgili çalışmalar 1940'lı yıllara dayanmaktadır. 1963 yılında beş yıllık kalkınma planlarına geçilmesi ile sağlık iş gücü hedefleri bu planlarda incelenmeye başlanmıştır. Yedinci beş yıllık kalkınma planında hekimlerin % 48,5'lik bölümünün üç büyük şehirde istihdam edildiği, ihtiyaç analizi ile etkin bir planlama yapılması gerekliliği, kaynakların etkin kullanımı, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite standartlarının yakalanması, finansman ve yönetim ve organizasyonun geliştirilmesi gibi hedefler belirlenmiştir. (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sh. 41)

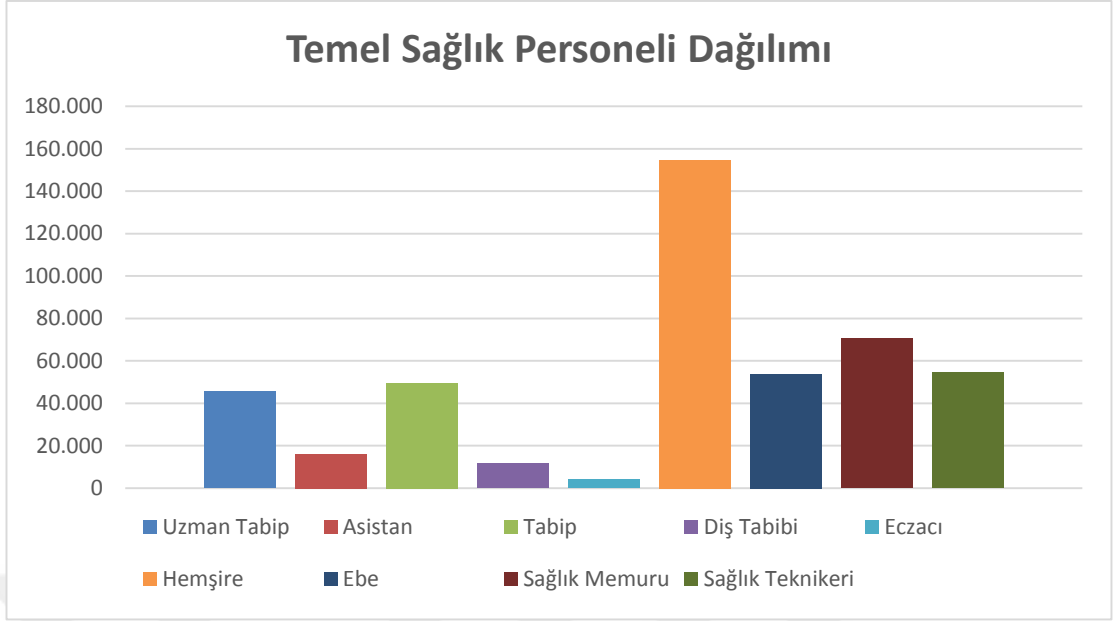
T.C. Sayıştay Başkanlığı'nın 2021 yılı “ Sağlık Bakanlığı 2021 Yılı Sayıştay Düzenlilik Denetim Raporu'na göre Sağlık Bakanlığı Merkez ve taşra teşkilatlarında toplam 700.114 personel istihdam edilmektedir. Bu personelin 138.119'u (%19,7) yüksek lisans, 243.209'u (%34,7) lisans, 118.653'ü (%16,9) ön lisans, 99.183'ü (%14,2) lise ve 100.950'si (%14,4) ilköğretim mezunudur. (T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2021, Sh. 3)

Aşağıdaki tabloda 2021 yılı Sağlık Bakanlığı bünyesinde istihdam edilen personelin mesleklerine göre dağılımı verilmiştir.

Unvan / Sınıf	Personel Sayısı
Uzman Tabip	45.556
Asistan	16.144
Tabip	49.617
Diş Tabibi	11.598
Eczacı	4.042
Hemşire	154.680
Ebe	53.912
Sağlık Memuru	70.383
Sağlık Teknikeri	54.665
Diğer Sağlık Hizmetleri Sınıfı	14.784
Genel İdare Hizmetleri Sınıfı	29.397
Teknik Hizmetler Sınıfı	6.998
Avukatlık Hizmetler Sınıfı	535
Din Hizmetleri Sınıfı	196
Yardımcı Hizmetler Sınıfı	17.238
İdari Büro Görevlisi (696 sayılı KHK)	2.370
İşçi + Geçici Personel	167.999
Toplam	700.114

Tablo 4.1. 2021 yılı istihdam dağılımı

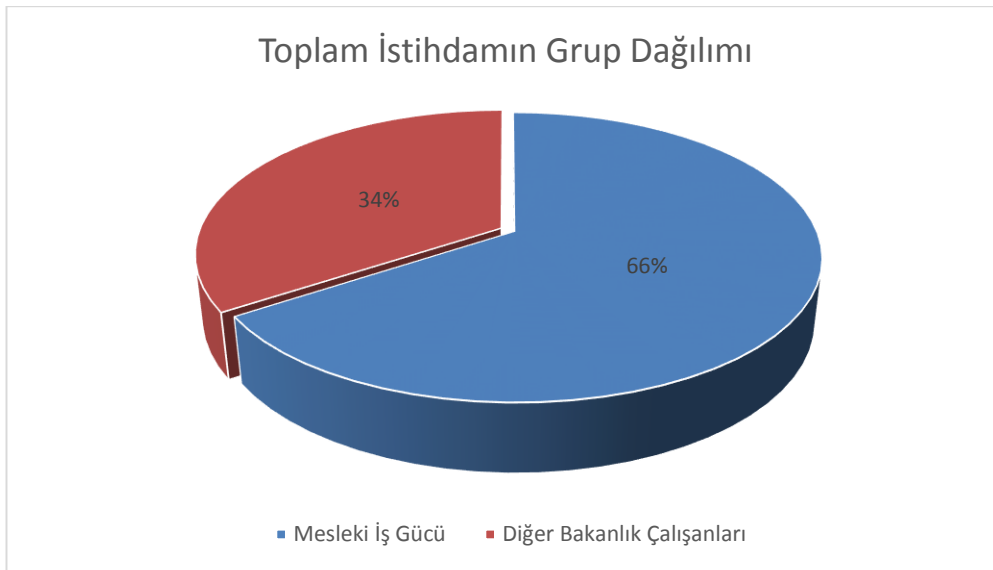
Tablodan görüleceği gibi kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürüten tabip, diş hekimi, hemşire gibi çekirdek sağlık personelinin sayısı 460,597, diğer sağlık hizmetleri sınıflarındaki personel sayısı ise 239,517 olarak gerçekleşmiştir. (T.C. Sayıştay Başkanlığı, 2021, Sh. 4)



Şekil 4.1. Temel Sağlık Personeli Dağılımı

Yukarıdaki grafikten görüleceği gibi en yüksek sağlık çalışanı meslek grubu hemşirelerden oluşmaktadır. Bunu sırasıyla sağlık memuru, sağlık teknikeri ve tabipler izlemektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan 14 genel müdürlük ile yürütülmektedir. Aşağıdaki grafikte sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde istihdam edilen personelin mesleki sınıflandırma ölçeğine göre dağılımı verilmiştir.



Şekil 4.2. Toplam İstihdamın Grup Dağılımı

Grafikten görüleceği gibi Sağlık Bakanlığı bünyesinde istihdam edilen personelin % 66'lık kısmı Tabip, Hemşire, Sağlık Memuru gibi meslek gruplarından, % 34'lük diğer kesim ise Bakanlık Merkez veya Taşra teşkilatlarındaki Genel İdare Sınıfındaki meslek gruplarından oluşmaktadır.

Sağlık politikaları genellikle iki ana grup altında toplanabilmektedir. Bunlardan birisi; sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı, doğuştan kazanılmış ve temel insanlık hakkı sayan politikadır. Bu politika, tüm temel haklarının olduğu gibi, sağlık hakkının da gereklerinin yerine getirilmesi sorumluluk ve görevini topluma, dolayısı ile onun örgütlü gücü olan devlete verir. Sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini ise toplumsal bir dayanışma ve davranış olarak görür. Diğer grup ise, sağlığı bireysel bir olgu olarak gören, dolayısı ile de sağlık hakkını toplumsal bir görev olarak ele almayan ve bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören politikadır. Sağlık politikalarının oturduğu bu iki eksen, sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi tüm diğer alt politika ve uygulamalarını da belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından resmen sorumludur. (Yeni Türkiye 4(23-24), 1998)

Sağlık insan gücü planlaması; stratejik bir yaklaşım içerisinde ele alınan, bütüncül bir yaklaşımla sağlıkla ilgili gereksinimlere göre sağlık çalışanlarının yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam olarak istihdamı amacıyla yapılan planlamadır. Doğru bir sağlık insan gücü planlamasının sahip olması gereken sekiz bileşen; “nicelik”, “nitelik”, “dağılım”, “zamanlama”, “istihdam”, “gereksinim”, “hedef” ve “olanaklar” kavramlarıdır. (Kılıç, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6)

On birinci kalkınma planında, Türkiye’de sağlık istihdam politikaları ile ilgili bazı çerçeve kararlar alınmıştır.

Planın 578. Maddesinde “... Kaliteli, güvenilir, etkin, mali açıdan sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu ile bölgeler arası dağılımın iyileştirilmesi, fiziki altyapının ve insan kaynağının niteliğinin artırılması temel amaçtır” ifadesi ile doğru planlama bileşenlerinden nicelik, nitelik ve dağılım faktörlerinin iyileştirilmesine ihtiyaç bulunduğu işaret edilmektedir. 580.6. maddesi ile birinci basamak sağlık

personeline yönelik hizmet içi eğitimler yeniden tasarlanarak personelin niteliğinin artırılması hedeflenmiştir.

Planın 580.2. maddesinde ise 580.2. Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısının arttırılacağı, bunun sonucunda sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılacağı, bu merkezlerle kuvvetlendirilmiş ve entegre edilmiş bir aile hekimliği yapısı oluşturularak gerekli olan birinci basamak sağlık hizmetleri verileceği belirtilmektedir. 580.4. maddesinde ise Aile hekimliği performans sisteminin, ikinci ve üçüncü basamaklardaki performans sistemiyle bütünleşmiş bir biçimde tasarlanacağı ve sistemin yenileneceği belirtilmiştir. (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, On birinci Kalkınma Planı, Sh. 135)

Sağlıkta Hizmet Kalitesi Politikaları

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi Vincet K. Omachonu (1990) sentezci bir yaklaşımla, teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) boyutlarıyla tanımlamaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinin kalitesi teknik kalite ve tedavi sanatı tarafından belirlenmektedir. Kalitenin teknik yönü, teşhis ve tedavinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını, sanatsal yönü de, verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını içermektedir. Tedavi sanatı tedavinin uygulanması sürecinde hasta tarafından algılanmasını ifade ettiği için algılanan kalite olarak da adlandırılmaktadır. (KAVUNCUBAŞI, 2000, s.270).

Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetleri için dört ana dışsal kalite değerlendirme mekanizması kullanılmaktadır: Akreditasyon, ISO 9000, EFQM ve Visitatie (meslektaşların incelemesine dayalı bir model) (Kara E., 2009).

Türkiye'de sağlık kalite politikaları ile ilgili çerçeve kararlar On birinci kalkınma planında zikredilmiştir. Planın ilgili maddelerinde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı, etkin ve verimli kullanımı, hekimlerce sunulan hizmet kalitesinin arttırılması, sağlık hizmetlerinin merkezileştirilerek yönetim etkinliğinin sağlanması, sağlık akreditasyon hizmetlerinin kurulması gibi hedefler verilmiştir.

Madde	Hedef
578	Kaliteli, güvenilir, etkin, mali açıdan sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu ile bölgeler arası dağılımın iyileştirilmesi, fiziki altyapının ve insan kaynağının niteliğinin artırılması.
580	Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı, etkin ve verimli kullanılmasının sağlanması.
580.1	Aile hekimlerince sunulan sağlık hizmetlerini nitelik ve nicelik olarak iyileştirilmesi
580.2	Sağlıklı hayat merkezlerinin sayısının artırılması
580.4	Aile hekimliği performans sisteminin, teşhis ve tedavinin isabetliliği ve hizmet miktarıyla orantılı olarak yeniden tasarlanması
580.5	Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılmasını sağlamak için finansal tedbirlerin alınması.
580.6	Sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitimlerin yeniden tasarlanması.
581.3	Zorunlu tedavi kararlarının uygulanabileceği özelleşmiş tedavi merkezlerinin Sayısının artırılması
582	Yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, yaşlılara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin güçlendirilmesinin sağlanması
582.1	Evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırılarak erişim, etkinlik ve kalitenin artırılması
583	Özellikli sağlık hizmetlerinin kapasitesi artırılarak hızı ve kalitesinin yükseltilmesi
584	Sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi için hizmet sunucularına yönelik akreditasyon sisteminin kurulması
585.1	Sağlık veri setleri yeniden yapılandırılması, veri kalitesinin artırılması ve uluslararası mukayeseye imkân veren bir veri altyapısının oluşturulması
587	Tedarik zincirinin etkinliğini ve sürdürülebilirliğini sağlamak için uçtan uca yönetim yapısının oluşturulması
590	Sağlık sisteminde hizmet sunucusu ve ödeyici rolleri, hizmet kalitesi, mali sürdürülebilirlik, denetim, performans başta olmak üzere daha etkin bir biçimde yerine getirilecek şekilde güçlendirilmesi

Tablo 4.2. On birinci kalkınma planı kalite hedefleri

4.2.3. Hasta Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin sonuçlarının izlenmesinde kullanılan kalite değerlendirmeleri genel olarak tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyeti esas alınarak yapılmaktadır (Öncüz ve ark., 2008). Bu değerlendirmelerden biri olan

hasta memnuniyeti, klinik sonuçlar kadar önemlidir. Bunu ölçmek her sağlık kuruluşunun hedeflerinden biri olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin, hastanın sağlık durumunun yarattığı iyileşmeye göre ölçülebileceği düşünülebilir. Bu durum sağlık hizmetlerinin kalite boyutuyla ilgilidir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, verilen hizmetin standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinde kalite çok boyutlu bir süreç olarak görülmekte ve beş unsur açısından ele alınmalıdır, bu unsurlar hastalardan, hizmet sağlayıcılardan, hizmet satın alanlardan, profesyonellerden ve algılardan oluşmaktadır (Özen ve ark., 2011: 205-43). Sağlık hizmetlerinde rekabetin artması nedeniyle müşteri hizmetlerinde bir değişiklik olduğunu gösteren çalışmalarda, hastane yöneticilerinin müşteri sadakatini ve memnuniyetini artırmak amacıyla bir müşteri hizmetleri planının uygulanabileceğini belirlemiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık alanında yapılan yeniden yapılanma sağlık hizmetleri pazarındaki rekabet düzeyini artırmış ve bu nedenle hastaneler müşterilerinin ihtiyaç, istek ve taleplerine karşı daha duyarlı olmak zorunda kalmıştır. Müşteri hizmetleri eğitim programları ile müşteri şikâyetlerinin büyük ölçüde azaltılabileceği ve memnuniyetin artırılabilceği tezini ortaya koymuş ve çalışmanın bulguları bu tür programların hastanelerin gelir ve karlılığını artırdığı gibi müşteri memnuniyetini artırdığını ve şikâyetleri azalttığını göstermiştir. Sağlık sektöründe hizmet kalitesi boyutlarının önemini hasta bakış açısıyla belirlenmeye başlandığı görülmektedir. Türkiye'de yapılan hastane hizmetlerinde kalite algıları ve hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmalarda kullanılan ölçeklerin hizmet alma sürecini kapsamadığı görülmektedir (Paker, 2012: 71).

4.2.4. Dünya Ülkelerinden Sağlık Sistemi Örnekleri

4.2.4.1. Norveç'te sağlık sistemi

Norveç'te her türlü birinci basamak sağlık hizmeti aile hekimleri tarafından halk sağlığı hemşiresiyle birlikte verilmektedir. 1.500-2.500 kişi bir aile hekimine kayıt olur. Hangi bölgede, hangi aile hekimin veya kaç aile hekiminin çalışacağına yerel sağlık yönetimi karar verir. Aile hekimini seçme hakkı kişinin kendisine aittir.

Hekim ücretlerinin ödenme koşulları Bakanlık ve Norveç Tabipler Birliği'nin görüşmeleri sonucu kararlaştırılır. Bu anlaşma tüm doktor ve yerel otoritelere uygulanabilir nitelikte olduğundan, ücret koşulları tüm ülkede aynı temele sahiptir. Bir kaç istisna hariç, Norveç'teki kamu hastanelerinin tıbbi personeli, bütünüyle tam gün/full-time çalışan maaşlı uzman kişilerden oluşmaktadır. (<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler.html>: s. 172-180).

Norveç sağlık sisteminde sağlık insan gücü önemli bir role sahiptir. Diğer OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında Norveç, daha fazla sayıda sağlık insan gücüne sahiptir. Hemşire oranı Avrupa ülkelerindeki en yüksek orandır. Doktorların çalışma şekillerini düzenleyen sistem 1999 yılında değişmiş ve zorunlu anlaşmalı bir sistem uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı, yeni doktor pozisyonlarını belirlemeye yetkilidir. Doktorlar, hastanelerden yerel yönetimlere atanabilmektedirler (Sargutan, s. 2091).

İskandinav yarımadası ülkelerinden olan Norveç'te kapsayıcı/bütüncü/tekçil hizmet tipi uygulanırken Türkiye'de Refah Yönelimli/Sigorta tipi sağlık sistemi uygulanmaktadır. Refah Yönelimli/sigorta tipi sağlık sistemi belli paylara göre çalışanlar, işverenler ve devlet tarafından fonlanan kamu sağlık sigortasına dayanmaktadır. Prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta temelli bir modeldir (Çelebi ve Cura, 2013: s. 52-53).

Türkiye'deki sağlık sistemi içerisinde finansman açısından sosyal sigorta/güvenlik kuruluşları, doğrudan kişisel ödemeler ve merkezi hükümet önemli roller üstlenmişlerdir. Sosyal Sigorta/güvenlik kuruluşları, sağlık hizmetlerinin arzında yer almazlar. Norveç'te de sosyal güvenlikle ilgili yönetsel kuruluşlar hizmet sunumunda rol almamaktadırlar. Ancak sağlık sisteminin finansmanında kamu harcamaları daha yüksek iken bu harcamalar içinde sosyal güvenlik ödeneklerinin payı Türkiye'ye kıyasla oldukça düşük düzeydedir.

Her iki ülkede de merkezi yönetimde bir bakanlık sağlık sektörünün eşgüdümünden sorumludur. Norveç'te Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı, sağlık politikalarının geliştirilmesi, yasa tasarılarının hazırlanması gibi genel görevler üstlenmiştir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, sağlık sistemi içerisinde en önemli rolü oynamaktadır. Genel politikaların belirlenmesinin yanı sıra birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunumunda da önemli görevler üstlenmiştir.

Norveç'te birincil sağlık hizmetleri çoğunlukla genel pratisyenlerin bireysel uygulamaları aracılığıyla düzenli genel pratisyen programı altında yerel yönetimlerce sunulmaktadır. Türkiye'de bu hizmetlerin sunumunda Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık evleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri gibi genelde pratisyen hekimlerin görev aldığı sağlık kuruluşları önemli rol oynamaktadırlar.

Norveç'te ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde verilmektedir. Kamu hastaneleri 2002 yılından itibaren il idarelerinin sorumluluk alanından çıkartılarak merkezi yönetimin sorumluluğuna geçmiştir. Merkezi yönetim, bu sorumluluğunu beş bölgesel sağlık yönetimi aracılığıyla kullanmaktadır. Çok kısıtlı sayıdaki özel hastaneler daha çok sosyal güvenlik kapsamında olmayan plastik cerrahi gibi sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar.

Türkiye'de, Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ağırlıklı olarak ikincil sağlık hizmetlerinin sunumunda rol oynamaktadırlar. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde üçüncül sağlık hizmetleri verilmektedir. Genel olarak üçüncü sağlık hizmetleri ise üniversite hastanelerinde verilmektedir. Ancak, tüm bu hastaneler birincil sağlık hizmeti de vermektedirler.

Norveç'te 1.000 kişiye düşen doktor, hemşire ve diş hekimi sayısı Türkiye'ye göre yüksektir. Özellikle evde bakım hizmetleri Norveç'te daha gelişmiş olduğu için 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı Türkiye'ye kıyasla çok daha yüksektir (Sargutan, s. 2096-2097).

4.2.4.2. İsveç sağlık sistemi

İsveç sağlık sistemi bölgesel tabanlıdır ve kamu tarafından işletilmektedir. Sistem ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde örgütlenmiştir. İsveç'te sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yerel yönetimler en önemli yere sahiptir. Eyalet meclisleri tarafından toplanan genel vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanını büyük ölçüde karşılamaktadır. İsveç sağlık sisteminin karakteristik özelliği, merkezden yönetilmemesidir. Sağlık hizmetleri sağlama sorumluluğu 21 coğrafi bölgedeki yerel politikacılar ve yöneticiler tarafından üstlenilmiştir. Genel politik kararlar ulusal

düzeyde alınmaktadır ancak bu politikaların uygulanması, sağlık hizmetlerinin çoğunun ve tedavi hizmetlerinin hemen tümünün yönetiminden il meclisi sorumludur.

Türkiye’de daha çok merkezci bir sağlık yönetimi sistemi mevcut iken İsveç’te yerinden yönetim ağırlıklıdır. Türkiye’de planlar, politikalar ve uygulamalar merkezi yönetim tarafından belirlenir ve yürütülür. Sağlık hizmetlerinin başında Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır ve sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi merkezi idarenin görev alanında yer almaktadır. İsveç sağlık sistemi temel koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine öncelik vermektedir. Sağlık harcamalarının %85’i kamu sektörü tarafından yapılmaktadır. Türkiye’de ise kamu %35, sosyal güvenlik kuruluşları ise %35 civarındadır.

İsveç’in nüfus yoğunluğu az olmasına rağmen sağlık hizmetleri yönetiminin desantralize edilmiş olması ve evde bakım hizmetlerinin oldukça yaygın olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin ihtiyaç duyanlara ulaştırılabilirliği iyidir. Türkiye’de ise nüfus yoğunluğu İsveç’e kıyasla oldukça yüksektir. Ancak, sağlık hizmetlerine ulaşmak konusunda aksaklıklar mevcuttur (Sargutan, s: 1376-1378).

İsveç sağlık sistemi, başlangıcından beri kamu sektörü niteliğinde olmuştur. Maaşı devletçe ödenen mahalle hekimliği sistemi 1700 yıllarında başlamıştır. Bugünkü sistemin temeli 1864’te, hastane işletilmesi sorumluluğunun il yönetimine verilmesiyle atılmıştır. Hekim muayenesinin, ilaçların ve hastalık ödentilerinin ülke çapında sağlanmasıyla ilgili en önemli girişim 1946’da Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu’nun kabulü ve 1955 yılında uygulanmasıyla başlamıştır. Buna uygun olarak, hastane hekimlerinin özel hasta yatağından yararlanması ve ücretle hasta muayene ve tedavi etmeleri uygulamasına 1959’da son verilmiştir. 1970’ten itibaren hastane hekimlerinin evde ve ayakta muayene ve tedavi karşılığı ücret alması da yasaklanarak onların tam anlamıyla devlet memuru olması gerçekleştirilmiştir. 1 yıl sonra 1971’de perakende ilaç dağıtımı da devletleştirilmiş ve bu hizmet, sahibi devlet olan ayrı bir örgüte verilmiştir.

Herkes için iyi sağlık hizmeti ve eşit yararlanma hakkı İsveç sağlık sisteminin temel hedefleridir. Sağlık hizmetlerinin tüm nüfus için sağlanması ve finanse edilmesi kamu sektörünün (devletin) sorumluluğundadır.

Birinci basamak sağlık hizmetinin amacı, insanın genel sağlık düzeylerini yükseltmek ve hastane hizmetine ihtiyaç olmayan durumlarda hastalıkları tedavi

etmektedir. Bu hizmet sunumunda doktor, hemşire, yardımcı hemşire, fizyoterapist ve ebeden oluşan ekip, takım anlayışıyla sağlık merkezlerinde görev yapmaktadır.

Son yıllarda birinci basamakta çalışan doktorların çalışma şeklinde yapısal bir değişiklik olmuştur. Bugün herkes, genel pratisyenlik unvanı almış bir hekimi aile hekimi olarak seçmek zorundadır (<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler.html>: s. 131-132).

4.2.4.3. İsviçre sağlık sistemi

İsviçre sağlık sistemi federal yapı üzerine kurulmuş, sorumluluklar bir yandan federal ve kanton yetkililerinde, bir yandan da özel sektörde toplanmıştır (<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler.html>: s. 204).

İsviçre’de doktorların eğitimi ile ilgili standartlar oldukça yüksek düzeydedir ve ülkede doktor sayısı hızla artmaktadır. Gençler arasında tıp eğitimine ilgi gittikçe artmaktadır. İsviçre, diğer ülkelerden de yardımcı sağlık personeli çalıştıran bir ülkedir (**Sargutan, 1409-1410**). 1960’ların başında İsviçreli vergi yükümlülerinden tıp fakültelerinin ve araştırma merkezlerinin büyütülmesi için özveride bulunmaları istendi. Buna karşılık aynı veya düşük maliyette daha iyi tıbbi hizmet alacakları sözü verildi. 1980’lerde bir çok hekimin piyasaya girmesi bu sözü gerçekleştirmek için iyi bir fırsat yarattı. Hastalar ödedikleri para karşılığı daha fazla hekim zamanı alabildiler (<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler.html>: s. 213).

Sağlık hizmetlerinin ülke genelindeki dağılımı da dengelidir. Türkiye’de ise sağlık hizmetlerinin dağılımı batı ile doğu bölgeleri arasında dengesiz biçimdedir. İsviçre’de herhangi bir konuda olduğu gibi sağlık sistemine yönelik önemli bir değişiklik söz konusu olduğunda da halk oylamasına başvurulmaktadır. Halkoylaması sonucunda reddedilen bir değişiklik uygulamaya koyulmamaktadır. Türkiye’de ise halk oylamasına çok nadir başvurulmaktadır, özellikle sağlık alanındaki herhangi bir reform için halk oylamasına hiç başvurulmamıştır. Mecliste gerekli desteği alan her hükümet istediği değişiklik kararını almaktadır. Bu nedenle, süreklilik arzetmesi gereken uygulamalarda bile değişen hükümetler arasındaki görüş farklılıkları nedeniyle dönem dönem değişiklikler ya da iptaller söz konusu olabilmektedir (**Sargutan, 1414**). Örneğin, 1978 yılında kabul edilen 2162 sayılı kanun ile “*Sağlık*

Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları ” düzenlenmiş ancak bu kanun Türkiye sağlık sisteminde tam gün ile ilgili ilk düzenleme olmasına rağmen çok fazla uygulanamadan 1980 askeri darbesi sonrasında kurulan hükümet tarafından yürürlükten kaldırılmıştır.

4.2.4.4. Rusya sağlık sistemi

Rusya’da tıbbi bilimlerin gelişiminde en önemli faktör sağlık hizmetleri için ihtiyaç duyulan insan gücünü sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinde 4 milyondan fazla personel çalışmaktadır (Sargutan, s. 2336)

Rusya’daki sağlık insan gücü sayısında düzenli bir artış olsa da bu sayı hala yeterli değildir. Doktorlar ve diğer sağlık çalışanları arasında sayı açısından büyük orantısızlık mevcuttur. Bunun temel nedeni sektördeki finans yetersizliği, düşük ücretler ve tatmin edici olmayan çalışma koşullarıdır. Sovyetler Birliği zamanında sağlık hizmetleri sistemi merkezi olarak planlanmıştı. Bu merkezden yönetim sistemi, çalışma şartları ve farklı coğrafyada çalışan bireyler için değişmez kurallar dikte ediyordu. Tipik olarak doktorlar, bir hastanede veya bir poliklinikte, nadiren de her ikisinde birden çalışmaktadırlar. Hemşire sayısı çok fazla olmakla birlikte bilgi düzeyleri düşüktür, temel görevleri personel sayısında rahatlık sağlamaktır (Sargutan, s. 2337).

Sağlık hizmetlerinde çalışan personelin büyük kısmı kısa süreli bir çalışma saatine sahiptirler ve çalışma şartlarına göre gün boyu 4 ile 6,5 saat arası çalışmaktadırlar. Çoğu sağlık hizmeti elemanı vardiya usulü çalışmaktadır (Sargutan, s. 2338).

4.2.4.5. Fransa sağlık sistemi

Sağlık politikası Hükümet ve Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilip, Sağlık Ve Sosyal Güvenlik ve onun taşra servisleri olan bölgesel Sağlık ve Sosyal İşler Müdürlüğü tarafından tamamlanır. Üç çeşit sağlık personeli vardır. Devlet Hastanesi personeli full-time maaş alır (30 Aralık 1958 yasası). Cerrahi uzmanların bir çok asistanı vardır. Bu uzmanların, özel tıbbi ücretleri ödeyen sigortaları olan, özel

müşterileri için özel odaları vardır. Gönüllü ve kar amacı gütmeyen hastanelerde part-time ücretle çalışan personel bulunur. (<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler.html>: s. 78-80).

Fransa Sağlık Sistemi, büyük ölçüde Refah Yönelimli/Sigorta6 tipindedir ve nüfusu büyük bir çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır. Hastalar doktorlarını serbestçe seçme hakkına sahiptir. Vatandaşlar devlet hastanelerine ya da özel hastanelere gidebilirler, sağlık hizmetlerine kolay erişim, tedavi için sıra beklemenin olmaması gibi sebeplerle sistemin iyi işleyişinden dolayı 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyada birinci ve diğer sağlık hizmetlerine örnek olacak sistem olarak seçilmiştir. Hizmet sunumunu, kamu ve özel sektör birlikte yerine getirmektedir. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini serbest çalışan hekimler, dış hekimleri ve kamuda çalışan sağlık personeli tarafından verilmektedir (Öztürk ve Karakaş, 2015: s. 51-54).

Doktor dağılımındaki bölgesel eşitsizlikler son yıllarda büyük ölçüde dengelenmiştir. Uzman hekimlerin pratisyenlere oranı dengesiz olmakla birlikte son yıllarda uzmanlaşmaya olan eğilim iyice artmıştır. Serbest çalışan doktorlar istedikleri yerde çalışabilmektedirler ancak kamuda çalışanların çalışma yerleri atama ile belirlenmektedir (Sargutan, s. 999).

Fransa'da birincil sağlık hizmetlerinin sunumu daha çok polikliniklerde gerçekleştirilmektedir, bu alanda özel sektör önemli rol üstlenmiştir. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri ise çeşitli düzeydeki devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sektörde sunulmaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün rolü çoktur. Türkiye'de ise birincil sağlık hizmetleri sağlık ocaklarında devlet tarafından sunulmaktadır. Bu konuda özel muayenehane ve teşhis birimleri çok yaygındır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri devlet hastaneleri ve üniversite hastaneleri tarafından sunulmaktadır. Türkiye'de birincil sağlık hizmetleri ve özellikle ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün rolü Fransa'dakine kıyasla daha azdır (Sargutan, s. 1022). Türkiye ve Fransa sağlık sistemleri benzer olmakla birlikte Türkiye sağlık sistemi Fransa'ya kıyasla daha merkezden yönetilen bir yapıya sahiptir (Sargutan, s. 1023).

4.2.4.6. İngiltere sağlık sistemi

İngiltere, kapsayıcı/bütüncül/tek tipte sağlık sistem uygulayan en tipik ve örnek ülkedir. Kişı gelirlerinin yüksek olmasına rağmen kapsayıcı sistemin uygulanmakta oluşu, toplumun sağlık hizmetlerine verdiği önemin göstergesi kabul edilmektedir. (s. 56). Diğer ülkelerde karşılaştırıldığında İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinde oldukça gelişmiş ve iyi işleyen bir sisteme sahiptir. İngiltere’de nüfusun yaklaşık %99’u bir GP’ye kayıtlıdır. GP’lerden 24 saat hizmet alınabilmektedir. S. 57. Ayrıca, bağımsız çalışan, kendi muayenehane ya da merkezlerinde kendilerine tahsis edilen yerlerde hizmet veren, 2500 kişiye bakmakla yükümlü aile hekimlerinin de sağlık hizmetleri sunumunda rolü büyüktür. S. 57.

İngiltere sağlık sisteminde sağlık hizmetleri temel olarak pratisyen hekimler tarafından ve sağlık merkezlerindeki profesyoneller tarafından sunulmaktadır (Sargutan, s. 518).

Büyük Britanya’da Genel Pratisyenlik bir tıbbi uzmanlık alanıdır. 1979 reformlarıyla zorunlu hale getirilen genel pratisyenlik uzmanlık eğitimi, bir yıl intörnlük döneminden sonra iki yıl hastane eğitimi ve eğitimcilik eğitimi almış bir genel pratisyenin muayenehanesinde bir yıl çalışarak alınmaktadır. Hastane eğitimi ülkenin herhangi bir hastanesinde yapılabilmektedir. Bu eğitim hekimlerin ilgi alanına göre seçmeli dallarda yapılan rotasyonlar ile kadın-doğum ve pediatri rotasyonlarından oluşur. Gerek eğitim organizatörlerinin, gerekse öğrencilerin ücretleri devlet tarafından ödenir.

Genel pratisyenler sağlık sisteminin serbest çalışan bir elemanı olmalarına rağmen, aldıkları ücret maaşlı bir elemanmış gibi hesaplanmaktadır. Bu şekilde belirli bir hedef gelir tespit edilmektedir. Önce genel pratisyenlerin muayene, sekreter vs. giderleri hesaplanmakta ve bunun üzerine de net ortalama gelir eklenmektedir. Sonuçta hedef gelir ortaya çıkmaktadır. Tespit edilen bu hedef gelir, bir sonraki yıl içindir. Bu tahmini rakamda artma veya eksilme gerçekleşirse buna denge rakamı denilir ve ertesi yıl ortaya çıkan farka göre ücret düzenlenir Bu sistemde ayrıca ilave ödemeler söz konusudur. Uzmanlık düzeyi veya pratisyenlerin eğitim düzeyi yükseldikçe ek ödemeler de olmaktadır (<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler.html>: S. 102-103).

Hastaneler genel olarak kamu hastaneleridir. Özel hastaneler ise ağırlıklı olarak özel sağlık sigortası olan kişilere ve kişisel olarak doğrudan ödeme yapanlara hizmet vermektedirler. Hizmet arz ve talebinde özel sektörün payı çok azdır çünkü kamu hizmetleri yeterli düzeydedir (Sargutan, s. 519). İngiltere’de sağlık sisteminin temelini koruyucu hekimlik oluşturmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetleri daha çok ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerine (yataklı tedaviye) yöneliktir. Sağlık hizmetleri büyük ölçüde tedavi edici hizmetlerden oluşmaktadır, koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemektedir (Sargutan, s. 550).

İngiltere, sağlık insangücü bakımından Türkiye’ye kıyasla çok iyi durumdadır. Hem hasta başına düşen doktor sayısı hem de yardımcı personel sayısı Türkiye’ye göre daha yüksek düzeydedir ve dağılımı daha dengelidir (Sargutan, s. 551).

4.2.4.7. ABD sağlık sistemi

ABD'deki sağlık sisteminin en önemli özelliği çoğunlukla kar amaçlı kuruluşlarla yürütüldüğüdür. Durum böyle olduğundan hastalar, özel sigortalardan özel sağlık sigortalarına kadar geniş bir yelpazede, kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçebilirler. Gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmakta yetersiz olanlara yönelik düzenlenen "devlet desteği" istenilen düzeyde değildir. Amerikan sağlık hizmetlerinin temel ilkesi toplumun hekimini seçme ve hekimin de hastasını seçme özgürlüğünün olmasıdır (<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler.html>: S. 19).

ABD'de sağlık hizmetlerinin pek çoğu hekimler tarafından yürütülür. Hekimler sağlık kurumlarına gelen hastayı kabul eden, hastalığa ilişkin şikayetleri dinleyen, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini yürüten, kaynak kullanımına karar veren ve kullanan kişiler pozisyonundadır. Onların bu çok yönlü aktiviteleri ve sorumlulukları hizmet sektörü içindeki en önemli güç haline getirmiştir. ABD'de Amerikan Hastaneler Birliği tarafından tespit edilmiş 22 tıp uzmanlık alanı mevcuttur. Uzman hekimler daha çok sağlık kurumlarında ve spesifik alanlarda hizmet vermektedirler. Ancak ABD'de hekimlerin çoğu birinci basamak sağlık hizmeti veren General Practitioner'lerden oluşmaktadır. Uzmanlık eğitiminin pahalı olması son yıllarda General Practitioner’lığı özendirici ve uzmanlık eğitimi sınırlayıcı tedbirler getirilmiştir.

ABD'de hekimler daha çok bağımsız çalışma eğilimi göstermekle birlikte çalışma alanları sisteminin özelliğinden dolayı çok değişkenlik göstermektedir. Daha çok ABD'de uygulamasını gördüğümüz çok başlı sağlık sistemlerinde hekimlerin bağımsız olarak mesleklerini sürdürmelerinin yanı sıra serbest olarak çalışan farklı uzmanlık alanına sahip grup hekim bir araya gelerek özel muayene grubu (Group Practice) kurabilmektedirler. Bazen bu gruplar tam teşekküllü bir hastanenin bünyesinde de olabilmektedir. Burada iş birliği, hastanın bütün sağlık sorunlarını ekip olarak ele alma ilkesindedir (<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler.html>: S. 28).

ABD'de sağlık hizmetleri eyaletlere göre yapılandırılmıştır, Türkiye'de ise merkezi bir yapı söz konusudur. Planlar, politikalar ve uygulamalar bu merkezi yönetim tarafından belirlenmekte ve uygulanmaktadır. ABD'de sağlık hizmetleri büyük ölçüde özel teşebbüs eliyle verilmektedir. Tüm halkı kapsayan bir sağlık hizmeti sunum sistemi mevcut değildir. Nüfus yoğun olmakla birlikte halkın çoğunluğunun kentlerde yaşaması, eğitim düzeyinin yüksekliği ve coğrafi koşulların elverişli olması sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir kılmış ve etkililiğini arttırmıştır. Sağlık sektörü standartları çok yüksek olmasına rağmen her vatandaşa ihtiyacı olan hizmet verilememektedir. Giderek artan maliyetler ve sağlık sigortası olmayanların sayısında yükselme söz konusudur. Hekimlerin çoğunun özel muayenehanesi bulunmaktadır. Bazı muayenehaneler özel klinik veya poliklinik şeklindeki ortaklıklardır. Bu tutum teşvik edilmektedir (Sargutan, s. 198)

Hekim ödemeleri üç şekilde yapılmaktadır; vizite ücreti, maaş ve ön ödeme. Vizite ücreti; belirli bir ücret tarifesine esas alınarak belirlenmektedir. Hasta, sigorta şirketleri ya da hastanın yerine üçüncü kişiler tarafından ödeme yapılmaktadır. Şehirlerdeki kamu hastanelerinde ise maaşlı hekimler görevlendirilmektedir ve sundukları tıbbi hizmetin türüne ya da ilgilendikleri hasta sayısına bakılmaksızın birim zaman esasına göre ücretlendirilirler. Ön ödeme esasına göre ücretlendirilen hekimler ise yine verdikleri tıbbi hizmetin türü dikkate alınmadan, birim zamanda baktıkları hasta sayısına göre sabit bir ücret almaktadırlar (Sarutan, s. 207).

4.2.4.8. Almanya sağlık sistemi

Almanya sağlık sistemi Bismark Sistemi olarak da adlandırılmaktadır. Amaç, toplumun tümünü mümkün olan en geniş yelpazede sağlık hizmeti kapsamına almaktır. Hizmet sunum olanakları büyük ölçüde kamunun elindedir. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanı büyük ölçüde sosyal sigorta sistemine dayalı olarak işlemektedir (<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler.html>: s. 7).

Almanya, refah yönelimli / sigorta tipi sağlık sistemiyle toplumun tüm fertlerine standart olarak yüksek kalitede ve dengeli hizmet sunabilmektedir. Türkiye’de ise farklı kalitelerde ve dengesiz hizmet sunumu söz konusudur. Almanya’da sağlık insan gücü, topluma sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yeterlilik arz etmektedir. Türkiye’de sağlık insan gücü yeterliliği ve dağılımı bölgelere göre dengesizlik ve adaletsizlik göstermektedir.

Köklü bir sağlık sigortası geçmişine sahip olan Almanya, gerçekleştirdiği reformlarla, Dünya sağlık ve sosyal güvence sistemlerindeki öncülük rolünü devam ettirmektedir. Türkiye, kendi sosyal güvence sisteminin bugünkü şeklini alması sürecinde Alman modelinden faydalanmıştır.

Almanya’da ayakta bakım hizmetleri çoğunlukla anlaşma yapılmış olan Genel Pratisyen (Aile Hekimleri) veya özel uzman hekimler tarafından sunulmaktadır. Türkiye’de bu hizmetleri sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve özel polikliniklerde kamuya bağlı çalışmakla birlikte özel sağlık kuruluşlarında da çalışan ve kamuya bağlı olmayın sadece özel sağlık kuruluşlarında hizmet sunan sağlık personeli tarafından verilmektedir (Sargutan, s. 169-171).

Almanya’da hastane doktorları dışarıda, dışarıda çalışan hekimler hastanede hasta bakamazlar. Eğitim hastaneleri dışındaki hastaneler poliklinik açamazlar. Bu sebepten dolayı yatak işgal oranı yüksektir. (%83-86). Hekimlerin %45’i tam gün kamu sektöründe, %47’si özel sektörde, %8’i araştırma ve idare görevlisi olarak çalışmaktadır (<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler.html>: s. 19).

4.2.5. Hasta Memnuniyeti Konulu Benzer Çalışmalar

Seth W. Glickman v.d. (2010) “Akut miyokard infarktüsünde klinik kalite ve hasta memnuniyeti ile hasta mortalitesi arasındaki ilişki başlıklı "Akut miyokard infarktüsünde hasta memnuniyeti ve sonuçlarının uygulama kılavuzlarıyla ilişkili olup olmadığının belirlenmesi taahhüdü açısından incelenmesi ve hasta memnuniyetinin ana faktörleri belirlemesi amaçlanmıştır. Sonuç olarak, daha yüksek hasta memnuniyeti, daha iyi kılavuz uyumu ve daha düşük yatan hasta ölüm oranları ile ilişkilidir, bu da hastaların aldıkları bakım türüne göre iyi bir ayırıcı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, hastaların bakımlarından memnuniyetlerinin akut miyokard enfarktüsü için bakım kalitesi hakkında önemli ölçüde artmış bilgi sağladığı sonucuna varılmıştır.

Swastika Chandra, ve ark (2018) "Suva alt bölgesi, poliklinik bölümünde hasta memnuniyeti ile ilişkili faktörler sağlık merkezinde" daha iyi iletişim kurma, güven inşa etme, sağlanan konsültasyon ve tedavi ile hasta memnuniyetinin artmasına yardımcı olma hakkı ile tedaviye uyumu ve daha iyi sağlık sonuçlarını iyileştirmektir. Çalışma, Suva alt bölümü sağlık merkezi kullanıcılarının üçte ikisinin şu anda konsültasyondan tamamen memnun olduğu sonucuna varmıştır. Bireysel olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ziyaret sayısı, bekleme süresi, iletişim davranışı, doktorların kişilerarası becerileri ve hasta güveni gibi çeşitli faktörler hasta memnuniyeti ile ilişkilidir. Bu çalışmada, hasta memnuniyetinin sağlık sonuçlarının dolaylı bir ölçüsü olarak öznel veya nesnel olarak kullanılabileceğini öne sürmektedir.

Daniel Adjei Amporfro ve ark. (2014) "Gana'da sağlık hizmeti sunumundan hasta memnuniyeti" başlıklı çalışma Gana'da sağlık hizmeti sunumuna ve kent ve kırsaldan kadınların sağlık hizmetlerinden memnuniyetine odaklanmıştır sağlık hizmetleri ve bölgesel sağlık sigortası, amaçlanmış hasta memnuniyetine odaklanan diğer çalışmalardan farklıdır. Çalışmamız, belirlenen çoklu sonuçlarla ilgili memnuniyet yüzdelerini incelemekte ve kadın memnuniyeti ile ilişkili temel sağlık sistemini ve demografik faktörleri tanımlamaktadır. Sonuç olarak, analiz bağımsız olarak eğitim ve dinin hizmet güvenilirliği, genel memnuniyet ve yanıt verme ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak hasta memnuniyetinin artırılması için hasta merkezli bir atmosfere ve etkin bir hizmet sunum sistemine

odaklanan hizmet kalitesinin boyutları hastane yönetimi ile bütünleştirilmeli ve güçlendirilmelidir. Anne ve sağlık sisteminin temel özellikleri ile ilgili faktörler, sağlık hizmeti sunumu ve Hasta Memnuniyeti ile pozitif ilişki göstermiş ve bu sistemin sağlığının iyileştirilememesinin sağlanmasında daha iyi sağlık hizmeti verilememesi açısından yöneticiler tarafından göz ardı edilmektedir.

Linda H Aiken ve ark. (2010)' da "İngiltere'de hastane bakımı ve hemşirelerden hasta memnuniyeti: gözlemsel bir çalışma" başlıklı çalışmada hemşirelerin ve hastaların hastane içi bakımın amacına ilişkin algılarının incelenmesi doktorlar, hemşireler, hastane personeli ve sağlık hizmetleri ile ilişkili olduğu güven düzeyleri ve ortamları ile işgücünün politika kararlarını bilgilendirdiği gösterilmiştir. Sonuç olarak, hemşirelere veya doktorlara olan güven eksikliği ve kaçırılan hemşirelik bakımındaki artış nedeniyle hastaların bakım algılarının önemli ölçüde aşınmasıdır. Hastaların hastane bakımı algıları, kaçırılan hemşirelik bakımı ile güçlü bir şekilde ilişkilidir ve bu da yetersiz profesyonel hemşirelik personeli ve kötü hastane çalışma ortamları ile ilişkilidir. Hastanelerdeki personelin iyileştirilmesi, hasta memnuniyetinin artırılmasında önemli bir faktördür.

John (1992)'un üç farklı hastanede yaptığı araştırmada, hastaların önceki hastane deneyimlerinin hastaların memnuniyeti ve yine aynı hastaneyi tercih etmeleri üzerinde önemli bir etkisi olduğu sonucuna varmıştır.

Yasemin Karaca ve Menekşe Kılıçaslan'ının (2021) Yüksek Lisans tezinden üretilen "Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta Memnuniyetine Etkisinin Araştırılması" başlıklı çalışma yürütülmüştür. Burada hasta hakları uygulamalarının hastane işletmelerinde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarının görüşlerine göre hasta memnuniyetine etkisinin incelenmesi, sağlık hizmetlerine göre görüşlerinin belirlenmesi ve ilgili sorulara göre çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Sonuç olarak hasta hakları uygulama algısının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hasta memnuniyeti algısı ortalamanın biraz üzerindedir. Çoğul olguda hasta hakları ve hasta memnuniyeti algıları açısından demografik değişkenler açısından fark yoktu. Hasta hakları uygulamaları algısının hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bununla birlikte, hasta hakları uygulamalarının algılanmasının idari hizmet veya memnuniyet üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Büşra Emül ve Ümit Naldöken (2019) "Sağlık Kurumlarında Kurumsal İmajın Hasta Memnuniyetine Etkisi" konulu çalışmada, kurumsal imajın hasta memnuniyetine etkilerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Sonuç olarak, sosyal sorumluluk faktörünün ifadelerine bakıldığında hastaların hastaneyi hasta haklarına saygılı gördüğü, gizlilik ve mahremiyete özen gösterildiği sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte, hastalar hastaneyi hastaları sosyal konular hakkında bilgilendirmede yetersiz olarak değerlendirmiştir.

Aslan ve diğerleri (2008)'nin özel hastanelerde yapılan araştırmada, müşterilerin bir sağlık kurumundan aldıkları hizmet kalitesi algısının memnuniyetlerini etkilediği ve hekimin hizmeti kadar müşteri memnuniyetini de en üst düzeyde etkileyen değişken olduğu sonucuna varılmıştır.

García-Pérez S. ve arkadaşları (2014) yedi Avrupa ülkesi verileri hasta memnuniyeti ile ilgili faktörleri incelemek için kullandı. Sonuçlar, hasta memnuniyetinin aile hekimi ile hasta arasındaki ilişki, kendi algılanan sağlık durumu ve yaşı ile Kararlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışmanın temel bulgusu, birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin yüksek olmasıdır: Katılımcıların% 76,8'i genel bakımdan memnun kalmıştır. Diğer bulguların yanı sıra memnuniyet ile ilişkili değişkenler de vardır. Doktor-hasta ilişkisine ilişkin değişkenlerin memnuniyet üzerinde güçlü bir etkisi olmuştur. Elde edilen sonuçlarda ayrıca zayıf fiziksel sağlık durumu, sakatlık, düşük yaşam kalitesi ve psikolojik sıkıntı ile ilişkili memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunun kanıtlandığı bildirildi.

Elezi O. (2019)'da yaptığı "Hasta Memnuniyeti Üzerine Bir Çalışma: Tiran Vakası" başlıklı çalışmada, sağlık hizmetlerinden yatarak tedavi hizmeti alan hastaların memnuniyet ve genel memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma Arnavutluk'un Tiran kentinde hizmet veren dokuz hastanede yatan ve sağlık hizmeti alan hastalardan oluşuyor. Hastaların genel memnuniyet düzeyi ile cinsiyet ve ekonomik durum arasında anlamlı bir fark yoktu; yaş ve eğitim düzeyine göre de anlamlı bir fark vardı. Son olarak hastane tipine göre de farklılık göstermesi sonucunda sağlık hizmetlerinin genel memnuniyet düzeyine ulaşılmıştır.

5. ARAŞTIRMA YÖNTEM VE BULGULARI

5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Üniversiteler eğitim hizmeti sunarken, üniversite hastaneleri bir yandan eğitim diğer yandan sağlık hizmetini sunma misyonunu bir arada yerine getirmektedirler. Hem eğitim hem de araştırma görevlerini yapan üniversite hastaneleri beklenen akademik katkı yanında klinik tecrübeyi de sunabilmektedir. Bu şekilde bir eğitim hizmeti sunan üniversite hastaneleri kar amacı boyutuyla diğer özel hastanelere oranla farklı özellikleri bünyesinde barındırmasıyla önemli özelliklere sahiptir. Sağlıkla birlikte eğitim ve araştırma gibi misyonlara da sahip olan üniversiteler bu görevlerini gerçekleştirebilmek için öğrencileri hem akademik hem de klinik bir eğitimden geçirmek durumundadırlar. Bu özelliği nedeniyle etkili eğitim ile güvenli ve uygulanabilir bir sağlık hizmetinin detaylı ve özenli bir biçimde sunulması bu bölümlerdeki akademisyen doktorların tam gün yasasıyla birlikte yaşayabilecekleri muhtemel durumların hasta konumundaki tüketici müşterilerin hizmet algısında ne şekilde bir etkiye sebep olduğunun saptanması amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmektedir.

Toplum içinde insanlara hizmet veren hekimler, eğitim ve hizmetin müşterek olarak organize edildiği üniversite hastanelerinde sundukları hizmet durumuna göre tam gün yasasından etkilenebilmektedirler. Bu anlamda sağlık tüketicilerinin bundan ne şekilde etkilendiklerinin belirlenmesi hem tüketici memnuniyeti hem de doktorların durumu açısından önemli bir konu olarak görülmektedir. Doktorların nezaket, ilgi, anlayış, profesyonellik gibi durumları sergileyebilmeleri, tam gün yasasına bağlı olarak yeterli zamana sahip olan doktorlarla mümkün olabilecektir. Bunun neticesinde hasta ile doktorların doğru ilişki kurması gelişebilecek aksaklıkları da bertaraf edebilecektir. Sonuç olarak bu çalışmanın tüm bu durumlar hakkında bilgi sunması beklenmektedir.

5.2. Evren ve Örnek Çapının Belirlemesi

Çalışmanı alanı çerçevesinde oluşturulmuş olan ayrıca elde edilmiş verilerin genelleştirilmesiyle beraber ana kütle, (N) (Evren) Ankara ilidir. Somut ve ulaşılabilir olan bu ana kütle heterojen olarak ele alınmaya çalışılmıştır. Ankara il sağlık müdürlüğü verilerine göre Ankara il sınırları dâhilinde toplam da 109 adet özel ve devlet şeklinde hizmet veren hastane bulunmaktadır

(<https://ankaraism.saglik.gov.tr/2022>). Ankara’da 14 vakıf ve 8 devlet üniversitesinden oluşan toplam 22 üniversite faaliyet göstermektedir (<https://www.yok.gov.tr/universiteler/universitelerimiz/2022>). Bunlardan vakıf ve devlet olarak yalnızca 8 tanesi hastane hizmeti vermektedir. (<https://www.trhastane.com/universite-hastanesi-rehberi.html/> 2022). Bu hastanelerden hizmet alan hastalar araştırma birimini oluşturmaktadır.

Araştırma evreninde yer alan tüm hastaneden hizmet alan hasatlara erişmenin ve ana kütlenin tam bir listesine ulaşmanın çeşitli güçlükleri bulunmaktadır. Ana kütlenin 1.000.000 ve üzeri olduğu durumlarda belli evren büyüklükleri açısından tahmini örneklem hacminin (Alfa=0,5) oranıyla 383 birim olması yeterli sayılmaktadır (Sekaran, 2003).

Duyarlılık, güven düzeyi ve seçilecek tek birim sayısı ile değerdir. İstenen hedef ve güvenilirliği için örneklem setinde bir set olarak formül 1 ve 2 ile hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N(zs)^2}{Nd^2 + (zs)^2} \quad (4.1)$$

Burada N yığındaki birim sayısını, z istenilen güvenirlilik düzeyi açısından standart normal dağılımdaki kritik değeri, d duyarlılığı, s yanı sıra standart sapmayı göstermektedir. Eğer örnekleme çalışması yığındaki oran üzerine yanı sıra orana ilişkin varyans

$$s^2 = p.q \quad (q=1-p)$$

olduğundan yukarıdaki formül

$$n = \frac{Nz^2 pq}{Nd^2 + z^2 pq} \quad (4.2)$$

şeklinde ifade edilir.

Yığından seçilecek örneklem sayısı yukarıda (2) ile verilen formül uygulanarak elde edilir. Çalışmanın niteliği göz önüne alınarak, örneklem sayısı, %95 güvenirlilik ve %5 duyarlılık ile tespit edilmiştir (Yamane, Çev: Esin, Bakır, Aydın, Gürbüzsel, 2001). Buna göre N=1.514.535, %95 güvenirlilik açısından z=1,96 ve %5 duyarlılık açısından d=0,05 şeklinde alınır. Örneklem çapını (n) mümkün olan maksimum değerini alması açısından varyans çarpanı olan p ve q sayıları p=q=0,5 değeri alınır ve

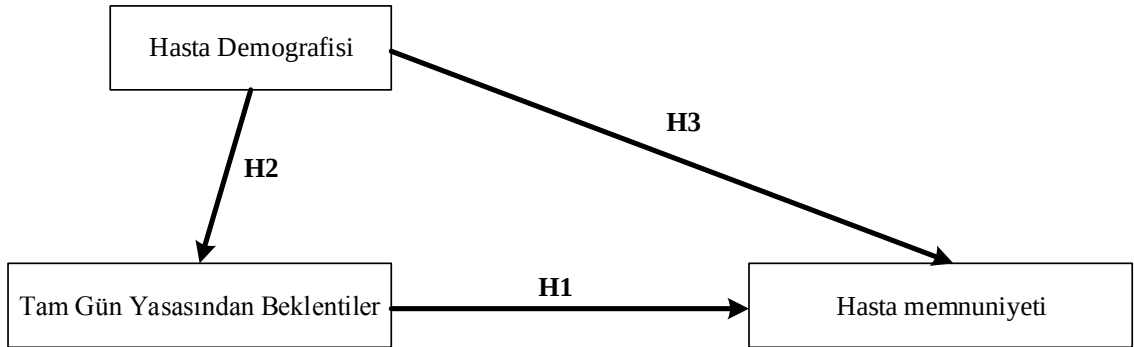
bu durumda gerekli (n) örneklem çapının formülde verilen yapılan hesaplaması sonucunda yaklaşık 385 olduğu tespit edilir.

$$n = \frac{1514535 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{1514535 \times 0,05^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 384,063 \approx 385$$

Söylemiş olduğumuz bu evrende n açısından da bulunan ve seçilerek evreni temsil etme yeteneğine sahip olan toplam 420 adet hastaya uygulanan anket neticesinde örneklem oluşturulmaya çalışılmıştır. Ancak incelemeler sonrasında analiz edilebilmeye uygun olmayan eksik, özensiz ve hatalı olduğu tespit edilen 15 adet anketin elenmesinden sonra (n=405) adet kullanılabilir anket üzerinden bu araştırma analizleri değerlendirilmeye alınmıştır.

5.3.Araştırma Modeli

Literatür taraması sonucunda araştırmanın amacına uygun olarak oluşturulan araştırma modeli Şekil 5.1’de çizilerek aşağıda gösterilmeye çalışılmıştır.



Şekil 5.1. Araştırma Modeli

5.4. Hipotezlerinin (Varsayımların) Test Edilmesi

Araştırma kapsamında oluşturduğumuz modelde kullandığımız harflerin hipotezler olarak hangilerine karşılık geldiğini gösteren açıklama listesi aşağıda gösterilmeye çalışılmıştır.

H₁: Üniversite hastanelerinde tam gün yasasından beklentilerin hasta memnuniyeti üzerinde etkisi vardır.

H₂: Üniversite hastanelerinde tam gün yasasından beklentilerde hasta demografisi bakımından farklılık vardır.

H₃: Üniversite hastanelerinde hasta memnuniyetinde hasta demografisi bakımından farklılık vardır.

Araştırma kapsamında ortaya konulan bu hipotezler ampirik (deneysel) çalışmalardan biri olan nicel araştırma yöntemiyle gerçekleştirilmiştir.

5.4. Metodoloji ve Veri Toplama Tekniği

Üniversite Hastanelerinde Tam Gün Yasası Sonrasında Hasta Memnuniyeti ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği adlı çalışmada, kapsamlı bir literatür taraması sonrasında anket formu oluşturulmuştur. Çalışmada zaman ve maddi kaynak kısıtlılıkları nedeniyle tesadüfı olmayan örnekleme yöntemlerinden biri olan “Kolayda Örnekleme” yöntemi (Aaker, v.d., 2007, s:394) benimsenmiş ve araştırmanın türü betimsel ve keşifsel araştırma yöntemi sayesinde sayısal analizler açısından ihtiyaç duyulan verilerin elde edilmesi aşamasında birincil veri toplama aracı olan yüz yüze form şeklinde oluşturulan anketin uygulanması sonrasında gerekli bilgiler toplanmıştır.

Anket soruları “Funnel” tekniğine göre, yani genelden özele göre hazırlanmıştır. Altı adet tam gün yasası hakkında görüş soruları ve on yedi (17) adet ölçek sorusundan oluşan anketimiz üç bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde araştırmaya bağlı olarak sunulan demografik bilgileri içeren kişi yanı sıra bilgiler formu kısmında cinsiyet, yaş, medeni durum ve aylık gelir gibi dört özellik yer almıştır.

Birinci kısım 6 soruluk çoktan seçmeli sorular içermektedir. Anketin ikinci ve üçüncü kısmında ise beşli likert tipi 17 ölçeğe sorusu bulunmaktadır. Likert tipi anketimiz toplamda 17 sorudan oluşmaktadır. Bu bilgilerin 6 soruluk kısmı (Sağlıksın, 2008, s:49-74)’ e ait ilgili çalışmadan alınmıştır.

Anket soruları “Funnel” tekniğine göre, yani genelden özele göre hazırlanmıştır. On yedi (17) adet ölçek sorusundan oluşan anketimiz iki bölümden oluşmaktadır

Anketin birinci bölümünde araştırmaya bağlı olarak sunulan demografik bilgileri içeren kişi yanı sıra bilgiler formu kısmında cinsiyet, yaş, medeni durum ve aylık gelir gibi dört özellik yer almıştır.

Birinci kısım 6 soruluk çoktan seçmeli sorular içermektedir. Anketin ikinci kısmında ise beşli likert tipi 17 ölçme sorusu bulunmaktadır. Anketimiz toplamda 17 sorudan oluşmaktadır. Bu bilgilerin 6 soruluk çoktan seçmeli kısmı (Sağlıksen, 2008, s:49-74)' e ait ilgili çalışmadan alınmıştır.

Herhangi bir alanda ölçek geliştirme süreci madde havuzu oluşturma, maddelerin uzman görüşüne sunulması, pilot uygulamalarının yapılması farklı örneklemelerde güvenirlik ve geçerlilik çalışmalarının yapılarak elde edilen bulguların uyumlu olduğunun değerlendirilerek nihai ölçek formunun yayınlanması aşamalarından oluşur. Bu çalışmada kullandığımız tam gün yasası ile ilgili maddeler her ne kadar maddeleri aldığımız kaynakta bu aşamaların uygulandığı ile ilgili bilgi yazılmasa da ulusal kurumsal bir raporlama özelliğinden dolayı madde havuzu oluşturulması ve uzman görüşlerinin alınması gibi aşamaların gerçekleştirildiği rapor içerisinde görülmektedir. Bu çalışmada ki maddelerin bir örneklem çalışması olarak değerlendirilebilir olduğu görülmektedir. Bu yönüyle düşünüldüğünde tam gün yasası algısı için bir ölçek alt yapısı elde edilmiş olmaktadır. Araştırma bulguları kısmında verilen güvenirlik geçerlilik bulguları da ölçek geliştirme fikrini desteklemektedir.

Düzenlenen anket formu toplam üç bölümden oluşturulmuştur. Anket ölçeğindeki bilgileri değerlendirmek üzere “5’li Likert tipi cevap formu” ile anket son şekli verilerek ölçüm yapılmıştır (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4=Katılıyorum 5=Kesinlikle Katılıyorum).

Tam gün yasasından beklentiler ile ilgili maddeler daha önce bu konuda yapılan araştırmalardan derlenerek elde edilmiş ve ölçek olmaya aday olarak değerlendirilmiştir. Bu çerçevede maddelerin güvenirlik analizi için Cronbach’s Alpha katsayısı 0,594 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca toplam (veya ortalama) puan üzerinden analiz yapılabilir olduğunu göstermek için Tukey toplanabilirlik testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre tam gün yasasından beklentiler ile ilgili maddelerin toplanabilir olduğuna karar verilmiştir.

Hasta memnuniyetine bağlı olarak sunulan (11) soruluk ölçek açısından (Sezgin B., 1998) tarafından geliştirilen geçerliliği ve güvenirliği kanıtlanmış ilgili çalışmadan

yararlanılarak acil servis çalışanlarına uygulanan bu ölçekle ilgili yaptığımız ön pilot çalışmayla Cronbach Alfa $\alpha = 0.88$ değeri sonucu çıkmıştır.

Düzenlenen anket formu toplam iki bölümden oluşturulmuştur. Anket ölçeğindeki bilgileri değerlendirmek üzere “5’li Likert tipi cevap formu” ile anket son şekli verilerek ölçüm yapılmıştır (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, 4=Katılıyorum 5=Kesinlikle Katılıyorum).

Ölçek uygulanmadan önce verilerin faktör analizine uygunluğunu test etmek açısından Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçüm değerine 0,839 olarak belirlenmiştir. Faktör analizi açısından yapılan “Barlett” testinin sonucu 3458,707($p < 0,001$) olarak bulunmuştur. Güvenirlik açısından Cronbach Alfa değerinin $\alpha = 0,913$ olmasıyla ölçeğin güvenilir ve geçerliği olduğu görülmüştür. Ölçek geneli açısından açıklanan toplam varyansı yanı sıra % 54,868 olduğu görülmüştür.

Soru formunda kullanılan ölçekler açısından yazarlardan kullanım izni alınmıştır. Ayrıca çalışmanın etik yönüyle uygunluğu konusunda etik kurul izni alınmıştır (Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonu, Ocak, 2019). Anketler 2022 yılı Şubat ve Mart dönemindeki iki aylık süreçte gerçekleştirilmiştir. Anketin uygulanması sürecinde gerekli tüm açıklamalar yanıtlayıcılara yapılmıştır. Yanıtlayıcıların anketi samimi sağlıklı ve doğru biçimde cevaplayabilmeleri açısından yanıtlayanların kimliğini ortaya çıkarabilecek bir sorunun bulunmasından kaçınılmıştır. Bu çalışma neticesinde tam gün yasının müşteri memnuniyetine etkisi ile ilgili istatistiksel sonuçlara ulaşılabilecektir.

Veriler SPSS24 paketi kullanılarak analiz edilmiştir. ANOVA testi, seçilen demografik değişkenler ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi $p=0.05$ anlamlılık düzeyinde kanıtlamak açısından kullanılmaktadır. Hastane yetkililerinden anket çalışması için onay alınmıştır. Ankete cevap verenlere çalışmanın amacı, anonimlik ve katılmayı reddetme olasılığı hakkında bilgilendirilme yapılmıştır.

5.5. Analiz ve Bulgular

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizi, temel bir ifadeyle; işlenmemiş verinin toplanması ve istatistik yöntemleri kullanarak anlamlı ve yararlı bilgiler haline getirilmesi işlemi yapılacaktır.

5.5.1. Ankette Kullanılan Hizmetkâr Liderlik Ölçeği ve Alt Boyutları için Geçerlik Güvenirlik Analizi Bulguları

Analizlerde elde edilen faktör yapılarının güvenilir (iç tutarlılık katsayısı, açıklanan ortalama varyans ve bileşik güvenilirlik) ve geçerlilik (uyuşma ve ayrışma geçerliliği) analizleri, frekans analizleri ve karşılaştırma analizleri (Anova testi) özellikle verilerin girişi ve analizinde “IBM SPSS Statistics 24” (Statistical Package For Social Sciences) paket programı kullanılarak gerekli değerlendirmeler yapılmıştır. Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular aşağıda Tablo 5.1’de verilmiştir.

Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha	Tukey nonadditivity Test
TGY maddeleri	6	0,594	F=1,215 (p=0,271)
H.M._Ölçeği	11	0,913	

Tablo 5.1. Araştırmada kullanılan tam gün yasasından beklentiler ve hasta memnuniyeti ölçeği için Cronbach's Alpha katsayısı bulguları

Araştırmada kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçekleri açısından Cronbach's Alpha katsayısı bulguları Tablo 5.1’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre Tam Gün Yasası Ölçeğinin “düşük güvenilirliğe sahip” ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin güvenilirliği “yüksek güvenilirliğe sahip” olarak bulunmuştur.

Ayrıca Tukey toplanabilirlik testine göre tam gün yasasından beklentiler maddelerinin toplanabilirlik kriterini sağladığı görülmektedir. Böylece ilgili maddelerin toplamı/ortalaması alınarak analizlerde kullanılması uygun olduğuna karar verilmiştir.

	CMIN/DF	GFI	CFI	RMSEA
Tam Gün Yasası	1,726	0,991	0,987	0,042
HastaMemnuniyeti	2,711	0,936	0,952	0,065

Tablo 5.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin uyum katsayıları

Araştırmada kullanılan ölçek modellerinin geçerliliği açısından uyum istatistiği değerleri Tablo 5.2’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre ölçeklerin etki modeli açısından uyumları arasında indekslerinin değerleriyle kabul edilebilir olduğu değerlerinin aralığındaki olduğu sonucu elde edilmiştir.

Tam Gün	Tahmin	S. Tahmin	S. Hata	Kritik Değer	P
TGY_madde6	1	0,675			
TGY_madde5	0,51	0,332	0,079	6,468	***
TGY_madde4	1,239	0,980	0,132	9,412	***
TGY_madde3	0,362	0,242	0,076	4,738	***
TGY_madde2	0,326	0,202	0,082	3,962	***
TGY_madde1	0,478	0,344	0,071	6,709	***

Tablo 5.3. Tam Gün Yasası ölçeği maddeleri için DFA bulguları

Tam Gün Yasası ölçeğindeki maddelerinde ait olmaları boyutuna etkisinin katsayılarının incelenmesi, tüm maddelerinde etkileri istatistiksel şekilde anlamlı olması sonucuna ulaşılacaktır. Standart olarak tahminlerindeki değerlerine göre en yüksek etki “TGY_madde4” maddesinde, en düşük etki yanı sıra “TGY_madde2” maddesinde olduğu görülmektedir.

Hasta Memnuniyeti	Tahmin	S. Tahmin	S. Hata	Kritik Değer	P
HM_madde7	1	0,452			
HM_madde8	2,305	0,920	0,244	9,439	***
HM_madde9	1,914	0,777	0,214	8,936	***
HM_madde10	2,09	0,875	0,244	8,581	***
HM_madde11	1,625	0,770	0,182	8,94	***
HM_madde12	1,011	0,525	0,135	7,466	***
HM_madde13	1,451	0,699	0,168	8,625	***
HM_madde14	1,433	0,798	0,137	10,476	***
HM_madde15	1,333	0,696	0,155	8,612	***
HM_madde16	0,719	0,476	0,087	8,216	***
HM_madde17	0,679	0,516	0,091	7,464	***

Tablo 5.4. Hasta Memnuniyeti ölçeği maddeleri için DFA bulguları

Hasta Memnuniyeti ölçeğinde yer alan maddelere ait olmasıyla boyuta etkisindeki katsayıların incelenmesi, tüm maddelerindeki etkileri istatistiksel anlamda olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Standart olarak tahminlerindeki değerlerine göre en yüksek etki “HM_madde8” maddesinde, en düşük etki yanı sıra “HM_madde7” maddesinde olduğu görülmektedir.

5.5.2. Araştırmaya Ait Frekans Tabloları

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	117	28,9
Erkek	288	71,1
Toplam	405	100,0

Tablo 5.5. Ankete katılan bireylerin cinsiyetlerine göre frekans dağılımı

Ankete katılım sağlamış olan bireylerin demografik özelliklerinden cinsiyet frekans oranları dağılımları Tablo 5.5’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre kadın katılımcıların oranı %28,9 ve erkek katılımcıların oranı %71,1 olarak tespit edilmiştir.

Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Evli	314	77,5
Bekâr	91	22,5
Toplam	405	100,0

Tablo 5.6. Ankete katılan bireylerin medeni durumlarına göre frekans dağılımı

Ankete katılım sağlamış olan bireylerin demografik özelliklerinden medeni durumlarının frekans oranlarının dağılımları Tablo 5.6’da verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre evli katılımcıların oranı %77,5 ve bekâr katılımcıların oranı %22,5 olarak tespit edilmiştir.

Yaş Grubu	Sayı	Yüzde
25-29 Yaş	74	18,3
30-34 Yaş	30	7,4
35-39 Yaş	52	12,8
40-44 Yaş	93	23,0
45-49 Yaş	130	32,1
50-54 Yaş	26	6,4
Toplam	405	100,0

Tablo 5.7. Ankete katılan bireylerin yaş gruplarına göre frekans dağılımı

Ankete katılım sağlamış olan bireylerin demografik özelliklerinden yaş grupları frekans oranlarının dağılımları Tablo 5.7’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre en büyük yığılma %32,1 ile 45-49 yaş grubunda ve en az yığılma da %6,4 ile 50-54 yaş grubunda olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Aylık Gelir	Sayı	Yüzde
4.500-7.000 TL	66	16,3
7.001-12.000 TL	185	45,7
12.001-16.000 TL	85	21,0
16.001 TL ve üzeri	69	17,0
Toplam	405	100,0

Tablo 5.8. Ankete katılan bireylerin aylık gelir durumuna göre frekans dağılımı

Ankete katılım sağlamış olan bireylerin demografik özelliklerinden aylık gelir frekans oranlarının dağılımları Tablo 5.8’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre katılımcıların %16,3’ünün “4.500-7000 TL”, %45,7’sinin “7001-12.000 TL”, %21,0’ının “12.001-16.000 TL” ve %17,0’ının “16.001 TL ve üzeri” aylık gelire sahip oldukları gözlemlenmiştir.

Bulunulan Yer	Sayı	Yüzde
Üniversite Hastanesi Poliklinik	399	98,5
Üniversite Hastanesi Özel Muayene	6	1,5
Toplam	405	100,0

Tablo 5.9. Ankete katılan bireylerin bulunulan yer durumuna göre frekans dağılımı

Ankete katılım sağlamış olan bireylerin bulunulan yer durumuna göre frekans dağılımı Tablo 5.9’da verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre katılımcıların %98,5’inin Kamu Hastanelerinin Polikliniğinde ve %1,5’inin Kamu Hastanelerinde Özel muayene hizmet aldığı gözlemlenmiştir.

Tam Gün Yasasıyla İlgili Temel Endişeleriniz Nelerdir?	Sayı	Yüzde
Hekimlerin özlük haklarında kötüleşme olacağını düşünüyorum.	40	9,9
Tam gün yasası, sağlık sisteminin kalitesini düşürecektir.	152	37,5
Hekimlerin çalışma özgürlüklerine müdahale edilmiş olacağını düşünüyorum.	25	6,2
Devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin gelirleri azalacaktır.	112	27,7
Özel sektör ile Kamu arasındaki ücret farkı daha da artacaktır.	45	11,1
Kamuda tam gün çalışan hekimin yükü hafifletilmelidir.	31	7,7
Toplam	405	100,0

Tablo 5.10. Katılımcıların “Tam Gün Yasasıyla ilgili temel endişeleriniz nelerdir?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı

Katılımcıların “Tam Gün Yasasıyla ilgili temel endişeleriniz nelerdir?” sorusu doğrultusunda verilmiş cevapların frekans dağılımı Tablo 5.10’da verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre en büyük yığılma %37,5 ile “Tam gün yasası, sağlık sisteminin kalitesini düşürecektir.” cevabında ve en az yığılma da %6,2 ile “Hekimlerin çalışma özgürlüklerine müdahale edilmiş olacağını düşünüyorum.” cevabında olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tam Gün Yasası Sonucunda Bir Tercih Yapmak Zorunda		
Kalacak hekimlerin size göre tercihlerini hangi kurum üzerinden kullanır?	Sayı	Yüzde
Kamu hastanelerini çalışmak için kullanırlar.	7	1,7
Kendi muayenehanelerinde çalışmaktan yana kullanırlar.	143	35,3
Özel hastanelerde çalışmaktan yana kullanırlar.	255	63,0
Toplam	405	100,0

Tablo 5.11. Katılımcıların “Tam Gün Yasası sonucunda bir tercih yapmak zorunda kalacak olan hekimler sizce tercihini hangi kurumdan yana kullanır?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı

Katılımcıların “Tam Gün Yasası sonucunda bir tercih yapmak zorunda kalacak hekimlerin size göre tercihlerini hangi kurum üzerinden kullanır?” sorusu doğrultusunda verilmiş cevapların frekans dağılımı Tablo 5.11’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre en büyük yığılma %63,0 ile “Özel hastanelerde çalışmaktan yana kullanırlar.” cevabında ve en az yığılma da %1,7 ile “Kamu hastanelerinde çalışmak için kullanırlar.” cevabında olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tam Gün Yasasına göre kamu hastanelerindeki verilen sağlık hizmetleri kalitesinin ne yönde etkilemektedir	Sayı	Yüzde
Artacaktır	108	26,7
Azalacaktır	231	57,0
Değişmeyecektir	66	16,3
Toplam	405	100,0

Tablo 5.12. Katılımcıların “Tam Gün Yasası, kamu hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini hangi yönde etkiler?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı

Katılımcıların “Tam Gün Yasasına göre kamu hastanelerindeki verilen sağlık hizmetleri kalitesinin ne yönde etkilemektedir?” sorusu doğrultusunda verilmiş cevapların frekans dağılımı Tablo 5.12’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre en büyük yığılma %57,0 ile “Azalacaktır” cevabında ve en az yığılma yanı sıra %16,3 ile “Değişmeyecektir” cevabında olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tam Gün Yasasına göre özel sektördeki verilen sağlık yönünden hizmet kalitesini hangi açıdan etkilemektedir?	Sayı	Yüzde
Artacaktır	110	27,2
Azalacaktır	169	41,7
Etkilemeyecektir	104	25,7
Fikrim yok	22	5,4
Toplam	405	100,0

Tablo 5.13. Katılımcıların “Tam Gün Yasası, özel sektörde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini hangi yönde etkiler?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı

Katılımcıların “Tam Gün Yasasına göre özel sektördeki verilen sağlık yönünde hizmet kalitesini hangi açıdan etkilemektedir?” sorusu doğrultusunda verilmiş cevapların frekans dağılımı Tablo 5.13’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre en büyük yığılma %41,7 ile “Azalacaktır” cevabında ve en az yığılma da %5,4 ile “Fikrim yok” cevabında olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hekimler özel veya kamu alanında tek kurumda çalışmalarının, hastalar üzerinde kaliteli hizmet almalarında katkı sağlamakta mıdır?	Sayı	Yüzde
Evet, kesinlikle kaliteli hizmet almalarını sağlar	157	38,8
Kısmen, kaliteli hizmet almalarını sağlar	71	17,5
Hayır, kesinlikle kaliteli hizmet almalarını sağlamaz	177	43,7
Toplam	405	100,0

Tablo 5.14. Katılımcıların “Hekimlerin özelde ya da kamuda sadece tek bir kurumda çalışmaları, hastaların kaliteli hizmet almalarına katkı sağlar mı?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı

Katılımcıların “Hekimler özel veya kamu alanında tek kurumda çalışmalarının, hastalar üzerinde kalite hizmet almalarında katkı sağlamakta mıdır?” sorusu doğrultusunda verilmiş cevapların frekans dağılımı Tablo 5.14’te verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre katılımcıların %38,8’inin “Evet, kesinlikle kaliteli

hizmet almalarını sağlar”, %17,5’inin “Kısmen, kaliteli hizmet almalarını sağlar” ve %43,7’sinin “Hayır, kesinlikle kaliteli hizmet almalarını sağlamaz” cevaplarını verdikleri gözlemlenmiştir.

Tam Gün Yasasının kamu sağlığı hizmetlerinin daha etkin ve verimli yapacağını düşünüyor musunuz?	Sayı	Yüzde
Evet	55	13,6
Hayır	276	68,1
Kısmen	74	18,3
Toplam	405	100,0

Tablo 5.15. Katılımcıların “Tam Gün Yasasının kamu sağlığı hizmetlerini daha etkin ve verimli yapacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplara göre frekans dağılımı

Katılımcıların “Tam Gün Yasasının kamu sağlığı hizmetlerinin daha etkin ve verimli yapacağını düşünüyor musunuz?” sorusu doğrultusunda verilmiş cevapların frekans dağılımı Tablo 5.15’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre katılımcıların %13,6’sının “Evet”, %68,1’inin “Hayır” ve %18,3’ünün yanı sıra “Kısmen” cevaplarını verdikleri gözlemlenmiştir.

5.5.3. Araştırma Değişkenlerinin Demografik Değişkenler Bakımından İncelenmesi

	Cinsiyet	N	Mean	Std. Deviation	t	P
Tam Gün Yasası Ölçek ORT	Kadın	117	2,674	0,607	-1,223	0,222
	Erkek	288	2,756	0,613		
Hasta Memnuniyeti Ölçek ORT	Kadın	117	3,699	0,911	-0,981	0,327
	Erkek	288	3,797	0,911		

Tablo 5.16. Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin cinsiyet değişkeninin açısından farklılığın bulunup bulunmaması t testi ile incelenmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre her iki ölçekte de cinsiyet değişkeninin açısından farklılığın istatistiksel olarak anlamı derece farkının olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

	Medeni Durum	N	Mean	Std. Deviation	t	p
TGY_Ölçeği_ORT	Evli	314	2,753	0,611	1,257	0,210
	Bekâr	91	2,661	0,615		
HM_Ölçeği_ORT	Evli	314	3,734	0,906	-1,441	0,150
	Bekâr	91	3,890	0,925		

Tablo 5.17. Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin Medeni Durum değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin Medeni Durum değişkeninin açısından farklılığın bulunup bulunmaması t testi ile incelenmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre her iki ölçekte de cinsiyet

değişkenin açısından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı derece farkının olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

		N	Mean	Std. Deviation	F	P
Tam Gün Yasası Ölçek Ortalaması	25-29 Yaş	74	2,680	0,607	0,588	0,709
	30-34 Yaş	30	2,889	0,644		
	35-39 Yaş	52	2,705	0,639		
	40-44 Yaş	93	2,728	0,668		
	45-49 Yaş	130	2,726	0,537		
	50-54 Yaş	26	2,801	0,699		
	Total	405	2,732	0,612		
Hasta Memnuniyeti Ölçek Ortalaması	25-29 Yaş	74	3,853	0,928	0,743	0,592
	30-34 Yaş	30	3,667	0,847		
	35-39 Yaş	52	3,591	0,884		
	40-44 Yaş	93	3,750	0,928		
	45-49 Yaş	130	3,835	0,918		
	50-54 Yaş	26	3,745	0,921		
	Total	405	3,769	0,911		

Tablo 5.18. Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin yaş grubu değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin yaş grubu değişkenin açısından farklılığın bulunup bulunmaması ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 5.18’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin yaş grubu değişkenin açısından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı derece farkının olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

		N	Mean	Std. Deviation	F	P
Tam Gün						
Yasası Ölçek	4.500-7.000 TL	66	2,768	0,661	0,736	0,531
Ortalaması	7.001-12.000 TL	185	2,750	0,618		
	12.001-16.000 TL	85	2,645	0,555		
	16.001 TL ve üzeri	69	2,756	0,617		
	Total	405	2,732	0,612		
Hasta						
Memnuniyeti	4.500-7.000 TL	66	3,822	0,903	0,460	0,711
Ölçek	7.001-12.000 TL	185	3,805	0,915		
Ortalaması	12.001-16.000 TL	85	3,689	0,907		
	16.001 TL ve üzeri	69	3,719	0,924		
	Total	405	3,769	0,911		

Tablo 5.19. Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin aylık gelir durumu değişkeni bakımından incelenmesi

Ankette kullanılan Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin aylık gelir durumu değişkeninin açısından farklılığın bulunup bulunmaması ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgular Tablo 5.19’da verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre Tam Gün Yasası Ölçeği ve Hasta Memnuniyeti ölçeğinin aylık gelir durumu değişkeninin açısından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı derece farkının olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 5.16, 5.17, 5.18 ve 5.19 de verilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde H2 ve H3 hipotezleri hem tam gün yasasından beklentiler hem de hasta memnuniyeti ölçeği için reddedilmiştir.

5.5.4. Ölçeklere Ait İstatistik Sonuçları

	Kesinlikle katılmıyorum						Kesinlikle Katılmıyorum						Kararsızım		Katılıyorum		Ort.	Stand.	Sapm.
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde							
TGY_madde1	77	19,0	147	36,3	127	31,4	42	10,4	12	3,0	2,420	1,006							
TGY_madde2	166	41,0	110	27,2	52	12,8	70	17,3	7	1,7	2,116	1,173							
TGY_madde3	28	6,9	171	42,2	75	18,5	106	26,2	25	6,2	2,825	1,086							
TGY_madde4	6	1,5	51	12,6	159	39,3	138	34,1	51	12,6	3,437	0,917							
TGY_madde5	52	12,8	168	41,5	123	30,4	18	4,4	44	10,9	2,590	1,115							
TGY_madde6	5	1,2	175	43,2	80	19,8	103	25,4	42	10,4	3,005	1,074							
Tam Gün Yasası Ölçek Ortalaması												2,732	0,612						

Tablo 5.20. Tam Gün Yasası Ölçeği maddeleri açısından frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri

Tam Gün Yasası Ölçeği maddeleri açısından frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 5.20’de verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 3,437 ile “Tam Gün Yasası Madde 4” maddesinde, en küçük ortalamanın da 2,116 ile “Tam Gün Yasası Madde 2” maddesinde olduğunu görüyoruz.

	Kesinlikle katılmıyorum				Kesinlikle Katılıyorum							
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Kararsızım		Katılıyorum		katılıyorum		Ort.	Std. S.
					Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
HM_madde7	70	17,3	88	21,7	70	17,3	111	27,4	66	16,3	3,037	1,356
HM_madde8	79	19,5	37	9,1	65	16,0	85	21,0	139	34,3	3,415	1,513
HM_madde9	74	18,3	63	15,6	67	16,5	79	19,5	122	30,1	3,277	1,488
HM_madde10	51	12,6	41	10,1	69	17,0	60	14,8	184	45,4	3,704	1,442
HM_madde11	40	9,9	8	2,0	47	11,6	90	22,2	220	54,3	4,091	1,274
HM_madde12	40	9,9	3	0,7	47	11,6	171	42,2	144	35,6	3,928	1,178
HM_madde13	38	9,4	33	8,1	77	19,0	131	32,3	126	31,1	3,677	1,253
HM_madde14	19	4,7	16	4,0	69	17,0	127	31,4	174	43,0	4,040	1,087
HM_madde15	0	0,0	72	17,8	57	14,1	81	20,0	195	48,1	3,985	1,156
HM_madde16	0	0,0	27	6,7	76	18,8	102	25,2	200	49,4	4,173	0,959
HM_madde17	0	0,0	8	2,0	80	19,8	167	41,2	150	37,0	4,133	0,794
Hasta Memnuniyeti Ölçek Ortalaması											3,769	0,911

Tablo 5.21. Hasta Memnuniyeti Ölçeği maddeleri açısından frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri

Hasta Memnuniyeti Ölçeği maddeleri açısından frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri Tablo 5.21’de verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4,173 ile “Hasta Memnuniyeti Madde16” maddesinde, en küçük ortalamanın da 3,037 ile “Hasta Memnuniyeti madde7” maddesinde olduğunu görüyoruz.

5.5.5. Yapısal Eşitlik Modeli Sonuçları

Araştırmanın birincil amacını ifade eden tam gün yasasından beklentilerin hasta memnuniyetine etkisi yapısal eşitlik modeli ile incelenmiştir.

5.5.5.1. Modele ait uyum katsayıları

İndeks	Model Bulguları
χ^2/df	2,347
GFI	0,946
CFI	0,923
RMSEA	0,058

Tablo 5.22. Modelin geçerliliği açısından uyum istatistiği değerleri

Araştırma modeli açısından uyum istatistiği değerleri Tablo 5.22’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre etki modeli açısından uyumları arasında indekslerinin değerleriyle kabul edilebilir olduğu değerlerinin aralığındaki olduğu sonucu elde edilmiştir.

Hasta Memnuniyeti	Tahmin	S. Tahmin	S. Hata	Kritik Değer	P
Tam Gün	-0,169	-0,200	0,048	-3,537	***

Tablo 5.23. Tam Gün Yasası ölçeğinin Hasta Memnuniyeti ölçeği üzerine etki katsayısı

Tam Gün Yasası ölçeğinin Hasta Memnuniyeti ölçeği üzerine etki katsayısı Tablo 5.23’de verilmiştir. Eldeki çıkan sonuç bulgularına göre Tam Gün Yasası Ölçeğinin Hasta Memnuniyeti ölçeği üzerinde negatif yönlü olarak %20’lik bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre H1 hipotezi kabul edilmiştir.

Hasta Memnuniyeti	Tahmin	S. Tahmin	S. Hata	Kritik Değer	P
HM_madde7	1	0,457			
HM_madde8	2,258	0,919	0,236	9,549	***
HM_madde9	1,877	0,776	0,208	9,029	***
HM_madde10	2,042	0,872	0,238	8,575	***
HM_madde11	1,592	0,769	0,176	9,038	***
HM_madde12	1,039	0,548	0,135	7,713	***
HM_madde13	1,439	0,707	0,164	8,752	***
HM_madde14	1,416	0,807	0,137	10,305	***
HM_madde15	1,304	0,694	0,15	8,689	***
HM_madde16	0,736	0,488	0,101	7,28	***
HM_madde17	0,656	0,509	0,088	7,462	***

Tablo 5.24. Hasta Memnuniyeti ölçeği maddelerinin ölçek üzerindeki etki katsayıları

Hasta Memnuniyeti ölçeğinde yer alan maddelere ait olmasıyla boyuta etkisindeki katsayıların incelenmesi, tüm maddelerindeki etkileri istatistiksel anlamda olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Standart olarak tahminlerindeki değerlerine göre en yüksek etki “Hasta Memnuniyeti Madde 8” maddesinde, en düşük etki yanı sıra “Hasta Memnuniyeti Madde 7” maddesinde olduğu görülmektedir.

Tam Gün Yasası	Tahmin	S. Tahmin	S. Hata	Kritik Değer	P
TGY_madde6	1	0,681			
TGY_madde5	0,504	0,331	0,079	6,412	***
TGY_madde4	1,219	0,972	0,122	9,969	***
TGY_madde3	0,368	0,248	0,076	4,831	***
TGY_madde2	0,324	0,202	0,082	3,947	***
TGY_madde1	0,475	0,345	0,071	6,693	***

Tablo 5.25. Tam Gün Yasası ölçeği maddelerinin ölçek üzerindeki etki katsayıları

Tam Gün Yasası ölçeğinde yer alan maddelere ait olmasıyla boyuta etkisindeki katsayıların incelenmesi, tüm maddelerindeki etkileri istatistiksel anlamda olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Standart olarak tahminlerindeki değerlerine göre en yüksek etki “Tam Gün Yasası Madde 4” maddesinde, en düşük etki yanı sıra “Tam Gün Yasası Madde 2” maddesinde olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ

Üniversitelerin tıp fakültelerinin uygulama, eğitim ve araştırma birimi olarak faaliyet gösteren üniversite hastanelerinde çok sayıda doktor görev yapmaktadır. Ülkemizde 2003 yılından itibaren sağlıkta dönüşüm programı hayata geçirilmeye başlanmıştır. Bu programın temel amacı, Sağlık Bakanlığını icracı bir organ yerine planlayıcı ve denetleyici bir kurum haline getirmek ve bölünmüş olan sağlık sistemini tek bir elden verimlilik esaslı organize etmektir. Bu çerçevede; Kamu hastanelerinin işletme haline getirilmesi, aile hekimliği sistemine geçilmesi, sağlık çalışanlarının performansa göre ücretlendirilmesi gibi yeni sistemlerin uygulanması yönünde adımlar atılmıştır. Aynı program dâhilinde hastanelerde çalışan doktorların çalışma süreleriyle ilgili olan bir düzenleme hayata geçirilmiştir. Tam gün yasası başta üniversitede görevli öğretim üyeleri olmak üzere, kamuda çalışan tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzmanlık yapan sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Bu yasa kapsamında sağlık personelinin tam gün çalışması öngörülmekte ve bu çerçevede düzenlemeler yapılmaktadır. Böylece kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personellerine tam gün çalışma zorunluluğuyla birlikte özel sağlık kurumlarında çalışma yasağı da getirilmektedir. Yasanın gerekçesinde tam gün çalışma sisteminin birincil amacının kamuda verimliliği artırmak olduğu belirtilmektedir.

Hastanelerde ki tedavi sonuçlarının algılanması ve kişisel beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler, bireysel ve toplumsal değerleri içeren pek çok faktör ile ilişkili karmaşık bir olgudur. Hastanın geçmiş deneyimleri, çevresi aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, teşhisi, hastanın sağlık durumunu algılayış biçimi hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir. Bazı çalışmalarda ileri yaşlardaki hastaların genç hastalara oranla memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirtilirken bazılarında ise yaş ile hasta memnuniyet düzeyi arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Cinsiyet konusunda da araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda kadınların memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu sonucu bulunurken bazılarında ise cinsiyetle memnuniyet düzeyi arasında anlam ifade

eden bir ilişki bulunamamıştır. Eğitim düzeyi ile memnuniyet ilişkisinde de farklı sonuçlar bulunduğu görülmüştür. Düşük eğitim düzeyinde olanların yüksek eğitim düzeyinde olanlara oranla sunulan hizmetleri daha yüksek kalitede algıladıklarını gösteren çalışmalar olduğu gibi, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da vardır.

Sağlık sektöründe kalite anlayışının gelişmesiyle birlikte, hizmet kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olan “hasta memnuniyeti” kavramı da önem kazanmaya başlamıştır. Günümüzde, giderek artan küresel rekabet baskısı altında işletmeler, gerek imalat gerekse hizmet sektöründe birbirlerine karşı rekabet avantajını elde edebilmek ve pazar paylarını arttırabilmek için olağanüstü bir çaba göstermektedirler. Söz konusu rekabet, üretilen mal ya da hizmetin, satış öncesi ve sonrası sunulan hizmetlerine odaklanmıştır. Hizmet sektörünün büyümesi nedeniyle, hizmetin yönetiminin ve pazarlamasının öneminin aynı zamanda arttığı gözlemlenmektedir. Bu durumda hizmet sektörü kendi içinde sürekli gelişme göstermektedir. Hizmet sektörü içinde sayılan sağlık sektöründe de rekabet çeşitli şekillerde kendini göstermektedir. Müşteriler alternatif imkânları daha iyi değerlendirmekte ve hastaneler içerisinde kendi beklentilerine en iyi cevap veren hangisi ise onu tercih etmektedirler. Sağlık sektöründe tüm hastaneler esas olarak aynı hizmet üretimini yapmalarına rağmen değişen rekabet koşulları dolayısıyla rakiplerine göre hizmet farklılaştırması yolunu seçmektedirler. Hastaneler ve sağlık kuruluşları, varlıklarını sürdürebilmek ve içinde bulundukları rekabet koşullarında finansal olarak hayatta kalabilmek için hizmet farklılaştırmasına gitmeleri sonucunda hizmet kalitesine daha fazla önem vermek zorunda kalmışlardır. Hizmet kalitesi, günümüzde rakiplere karşı rekabet avantajı sağlamak için stratejik bir silah olarak görülmektedir. Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kuruluşları da düzenli bir biçimde hizmet kalitesini arttırabilmek, hizmet mükemmelliğini ve hasta memnuniyetini sağlayabilmek ve sıfır hata hedefini yakalayabilmek için yoğun çaba sarf etmek zorunda kalmaktadırlar. Hastanelerin hasta memnuniyetini sağlama çalışmaları personel kalitesi, iletişim, bakım kalitesi ve fiziksel imkânlar gibi çok sayıda değişkenin organizasyonun performansı açısından hastalar tarafından nasıl algılandığına çevrilmiştir. Günümüzde birçok hastane “Müşteri Memnuniyet Ofisleri” kurmakta, müşteri memnuniyet ve şikâyetlerini kayıt altına alarak sunulan hizmet organizasyonlarında düzenleme yapmaktadırlar. Hasta memnuniyeti ile ilgili veriler, hastane yöneticilerine hastalar ve operasyonel

eksiklikleri göstermede bilgiyi kullanmayı öğretmiştir. Hastane çalışanlarının etkinliği, ileri teknolojik aletlerin bulunması ve alanında yetkin personel çerçevesinde kaliteli sağlık hizmetlerini sunumu tek başına hasta memnuniyetini tesis edecek değişkenler olarak görülmemektedir. Hastalar kişisel olarak personelin davranış şekilleri veya bekleme zamanı gibi konularla daha çok ilgilenmektedirler. Stratejik yönetim sürecinde elde edilen verilen üzerinde çalışılması önem arz etmektedir.

Dünyadaki yeni sağlık sistemi, tamamen sağlayıcı tabanlı sistemlerden alıcı tabanlı sistemlere doğru ilerlemektedir. Bu bağlamda, hasta memnuniyeti kalite değerlendirmesinin temel bir bileşenidir. Kullanıcıların ve hizmet alıcılarının görüşlerini tanımak, hizmetin hangi bölümlerinin kalite açısından iyileştirme gerektirdiğini belirlemenin hızlı ve ucuz bir yoludur. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetleri tarafından hasta beklentilerinin karşılandığı düzeyde bilgi sağladığı için sağlık hizmeti kalitesinin önemli bir ölçüsüdür. Birçok araştırma, hasta memnuniyetini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen çok çeşitli faktörleri bildirmektedir. Hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti, hasta sadakati, sağlanan hizmet kalitesi vb. gibi diğer göstergelerle bağlantılıdır. Diğer bir bakış açısından da hasta memnuniyeti sunulan sağlık hizmetinin etkinliği ile de doğrudan bağlantılıdır.

Sağlıkta dönüşüm programının temel amacı Sağlık Bakanlığının misyonunun planlayıcı ve denetleyici bir statüye geçirilmesi ve sonucunda tüm sağlık sistemine bütüncül bir bakış açısı ile mevcut sorunlara kalıcı çözümler bulunmasıdır. Ülkemizde geçmişten bu yana sağlık sistemi ile ilgili birincil şikâyet sağlık hizmetlerine erişimin zorluğu konusunda olmaktadır. Yeni sağlık sistemi ile Aile Hekimliği Sistemi hayata geçirilmiş, bu sayede Aile sağlık Merkezleri (ASM) ile hastanelerdeki yığılma çözüme kavuşturulmaya çalışılmıştır. Devreye alınan merkezi hasta randevu sistemi (MHRS) ile sağlık kuruluşlarındaki hasta hareketleri optimize edilmeye çalışılarak verimliliğin artırılması hedeflenmiştir. Bu sistem ile sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki bölgesel eşitsizliklerin giderilmesi ve sonucunda sağlık göçünün azaltılması da planlanmaktadır.

Ülkemizde hasta memnuniyetini belirleyen ana unsur sağlık personellerinin hizmet alıcıya yaklaşım şekli ve sunulan fiziksel olanaklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalite algısında hijyen, sağlık hizmeti sağlanan alanın fiziksel koşulları, sağlık çalışanlarının nezaket ve yaklaşımı ve hastanın sağlık çalışanı tarafından

eksiksiz bilgilendirilmesi gibi faktörler hizmet kalitesi algısı ve memnuniyet olgusunu etkileyen en önemli değişkenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastaneler başta olmak üzere sağlık hizmet sunucuları tüm sağlık tesislerindeki kaliteyi artırabilmenin yanında mükemmellik ve hasta memnuniyeti için çaba sarf etmek zorunda kalmaktadırlar. Hasta tarafından hissedilen hizmetin kalitesi, çok sayıda değişken içermekte ve kişiden kişiye nasıl algılandığının önemli hale geldiği görülmektedir.

Ankara ilinde faaliyet gösteren hastanelerden hizmet alanlardan 405 katılımcıdan elde edilen veriler neticesinde analizleri yapılan 3 hipotezimizden, “Üniversite hastanelerinde tam gün yasasından beklentilerin hasta memnuniyeti üzerinde etkisi vardır” hipotezimiz kabul edilirken “Üniversite hastanelerinde tam gün yasasından beklentilerde hasta demografisi bakımından farklılık vardır.” ve “Üniversite hastanelerinde hasta memnuniyetinde hasta demografisi bakımından farklılık vardır” hipotezlerimiz ise reddedildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan anket çalışmasında katılımcıların çoğunluğu hekimlerin tam gün yasası kapsamında tek sağlık kuruluşunca çalışmalarının kamudaki hizmet kalitesine önemli bir katkı sağlamayacağını aksine özel sektördeki hizmet kalitesinde düşüşe yol açacağını ve genel hasta hizmet alım kalitesine önemli katkılar sağlamayacağı yönünde görüş bildirmişlerdir. Yapılan çalışmada katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, gelir ve cinsiyet gibi demografik farklılıkları ile hizmet kalite algıları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı ortaya çıkmaktadır.

Çalışma sonucunda tam gün yasasından beklentilerin hasta memnuniyeti üzerinde %20 etkisi olduğu görülmüştür. Bu çalışmadan çıkan sonuç, tam gün yasasından beklentilerin hasta memnuniyetini etkilediği üzerinedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında hastaların memnuniyeti önemli bir kalite göstergesi ise de, piyasanın yapısından kaynaklanan hastalar ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki bilgi asimetrisi dikkat edilmesi gereken bir unsurdur. Dolayısıyla hasta memnuniyetinin sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için sadece bir ölçüt olduğu ve sağlık hizmetleri kalitesinin farklı kalite ölçütleriyle de birlikte düşünülmesi gerekliliği göz önüne alınmalıdır.

Hasta memnuniyeti, hastaların beklentilerinin yerine getirilmesi veya alınan

sağlık hizmetine yönelik algılama düzeyinden oluşmaktadır. Hasta memnuniyeti kişiden kişiye farklılık gösteren bir kavram olup yaşam standartları, tecrübe hem bireysel hem de toplumsal değerlerle yakından ilgili olmaktadır. Bu çalışma Ankara ilinde bulunan üniversite hastanelerinde yapılmıştır. İlgili çalışmalar farklı şehirlerde ya da farklı coğrafi bölgelerde uygulanarak Türkiye genelinde de yapılabilir.

Ülkemizde son yıllarda kurulan şehir hastaneleri ile üniversite hastaneleri arasında karşılaştırmalı hasta memnuniyeti çalışmaları yapılarak sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki süreçler de ortaya çıkan sonuçlar değerlendirilerek iyileştirilebilir.

Öneriler

- Sağlık hizmetleri piyasasında hastaların memnuniyeti önemli bir kalite göstergesi olduğundan hastalar ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki bilgi asimetrisine dikkat edilmeli, toplanan veriler işlenerek gelecekte hizmetin iyileştirilmesi için gerçekleştirilecek çalışmalarda kullanılması sağlık sistemimizin kalitesini arttırmada önemli rol oynayacaktır.
- Sağlık hizmetleri kalitesi kriterlerden sadece biri olan hasta memnuniyet ölçeğinde değerlendirilmemeli, sistemin temel taşlarından biri olan sağlık çalışanlarının da memnuniyeti de değerlendirilmelidir.
- Hasta memnuniyetinin sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için sadece bir ölçüt olduğu ve sağlık hizmetleri kalitesinin farklı kalite ölçütleriyle de birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.
- Süreç planlamalarında sağlık sektörünün diğer paydaşları da sürece dahil edilmelidir. Tüm planlamalarda stratejik yönetim düşüncesine sahip olunması başarıyı arttırabilir.
- Sağlık sektörü ile ilgili çalışmaların geneli temsil eden örnek kümesi üzerinden yapılması gerektiğinden farklı demografik özellikte paydaşların bulunduğu birçok ili kapsayan bir çalışma yapılması durumunda ülke genelini temsil edebilecek genel bir bakış açısı elde edilebilecektir.
- Ülkemizde son yıllarda kurulan şehir hastaneleri ile üniversite hastaneleri arasında karşılaştırmalı hasta memnuniyeti çalışmaları yapılarak sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki süreçler de ortaya çıkan sonuçlar değerlendirilerek süreçler iyileştirilebilir.



KAYNAKLAR

- Ağır, H., ve Tıraş, H. H. (2018). “Türkiye’de sağlık harcama türlerinin değerlendirilmesi”. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 643-670.
- Albayrak, S. (2019, Haziran). *Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye üzerine araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Çag Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Alphan, M. E., Baş, M., Baysal, A., Merdol, T. K., Kızıltan, G., Pekcan, G. (2014). Beslenme Durumunun Saptanması. İçinde M. E. T. Alphan (Eds). *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi* (pp. 85-135). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Ay, H. ve Talaşlı, E. (2008). “Ülkelerin ekonomik gelişmişlik seviyeleri ve vergi yapıları arasındaki ilişki”. *Maliye Dergisi*, (154), 136.
- Aydın, E. (2001). *Tıp Etiğine Giriş*. Ankara: Pegem A Yayınevi.
- Baker, C., Pulling, C., McGraw, R., Dagnone, J.D., Hopkins-Rosseel, D. and Medves, J. (2008). “Simulation in interprofessional education for patient-centred DOI: 10.17681/hsp.470925 8 collaborative care”. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 372–9.
- Başol, E. ve Işık, A. (2015). “Türkiye’de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler”. *International Anatolia Academic Online Journal/Social Science Journal*, 2(2), 1-26.
- Bektemür, G., Şafak Yılmaz, E., Arslanoğlu, A., Beylik, U. ve Adaş, G. T. (2018). “Türkiye’de Kişyanı sıral ödeme yöntemiyle ilaç harcamaları”. *Journal of Academic Research in Medicine*, 8(2), 101-108.
- Benjamins, M. R. (2006). “Does religion influence patient satisfaction?”, *American Journal of Health Behavior*, 30(1), 85.
- Bilici, S. (2008). *Toplu Beslenme Sistemleri Çalışanları için Hijyen El Kitabı*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Birk, T. J. (2017). “Principles for developing an interprofessional education curriculum in a healthcare program”. *Journal of Health Communication*, 2(1), 1–4.
- Bland, A. J., Topping, A. and Wood, B. (2011). “A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students”. *Nurse Education Today*, 31(7), 664– 70.

- Chandra, C., Kumar, S., and Ghildayal, N. S. (2011). "Hospital cost structure in the USA: What's behind the costs?" A Business Case. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(4), 314–328.
- Chapman, J. R., Wang, J. C., and Wiechert, K. (2022). "Into the Spine Metaverse: Reflections on a future Metaspine (Uni-) verse". *Global Spine Journal*, 12(4), 545-547.
- Chen, D., and Zhang, R. (2022). *Exploring Research Trends of Emerging Technologies in Health Metaverse: A Bibliometric Analysis*. Available at SSRN 3998068. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3998068>.
- Clark, P. A. (2021). "The Metaverse has already arrived. Here's what that actually means". *Time Magazine*, 15 November 2021.
- Devebakan, N. (2006). "Sağlık işletmelerinde teknik ve algılanan kalite". *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 120-149.
- Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). "Sağlık işletmelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde SERVQUAL skorlarının kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi uygulaması", *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 68–74.
- Díaz, J., Saldaña, C., and Avila, C. (2020). Virtual world as a resource for hybrid education. *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, 15(15), 94-109.
- Domaç, S., Fidan, M. B., Sobacı, F., Yıldırım, A., Soydaş, P. ve Özkent, T. (2014). "Meslekler arası eğitimin yükseköğretim müfredatına dâhil edilmesinin önemi". *Yükseköğretim Dergisi*, 4(1), 9-13.
- Dursun, Y. ve Çerçi, U. M. (2004). "Algılanan sağlık hizmeti kalitesi, algılanan değer, hasta tatmini ve davranışsal niyet ilişkileri üzerine bir araştırma". *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (23), 1-16.
- Dursun, Yunus; Çerçi, Meral (2004), "Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini Ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma" *Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 23, Temmuz-Aralık 2004, S. 1.
- Elçioğlu, Ö., Kırımlıoğlu, N., Balcı, Y., ve Akşit, M. A. (2007). Aydınlatılmış onam ve tıbbi fotoğraflar. *Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 15(2), 94-100.
- Ercan İ., Ediz B. ve Kan İ. (2004), "Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelenmesi", *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3), 161–164.
- Erdem, R. ve Yıldırım, H. H. (2003). "Sağlık hizmetlerinde vekalet ilişkisi ve arzın talep yaratması problemi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6(2), 3-26.

- Erol, H. ve Özdemir A. (2014). “Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2019). “Türkiye’de 1980 sonrası sağlık politikalarında dönüşüm ve sağlık harcamalarına etkileri”. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 15(15), 119-146.
- Ertong, G. (2011). *Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Etiz, S. (2000). *Halk Sağlığı ve Epidemiyolojisi*. Eskişehir: A.Ü Yayın No:357, 23.
- Gider, Ö. (2009). “Hastanelerde ekonomik katma değer (EVA) yöntemine göre finansal performansın değerlendirilmesi: Bir özel hastane örneği”. *Finans Politik& Ekonomik Yorumlar*, 46(537), 66–85.
- Go, S. Y., Jeong, H. G., Kim, J. I., and Sin, Y. T. (2021). “Concept and developmental direction of metaverse”. *Korea Information Processing Society Review*, 28, 7-16.
- Gough, S., Hellaby, M., Jones, N., and MacKinnon, R. (2012). “A review of undergraduate interprofessional simulation-based education (IPSE)”. *Collegian*, 19(3), 153–70.
- Gündoğdu, H. (2006). “Yağlılıkta beslenme durumu ve nutrisyon desteği”. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 2(44), 10-19.
- Hacıfendioğlu, Ş. (2005), “İlişki pazarlaması ve turizm sektöründe bir saha araştırması”, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 69-93.
- Hakeri, H. (2007). *Hastanın Kayıtları İnceleme Hakkı, Sağlık Hakkı, (2)*. Trabzon: Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY),
- Han, Y., and Oh, S. (2021). *Investigation and Research on the Negotiation Space of Mental and Mental Illness Based on Metaverse*. In 2021 International Conference on Information and Communication Technology Convergence (ICTC) 673-677, IEEE, Geneva.
- Harrison, J. P., and Sexton, C. (2006). “The improving efficiency frontier of religious not-for-profit hospitals”. *Hospital Topics*, 84(1), 2-10.
- Harrison, J. P., Coppola, M. N., and Wakefield, M. (2004). “Efficiency of federal hospitals in the United States”. *Journal of Medical Systems*, 28(5), 411-422.
- Harrison, Jeffrey P., M. Nicholas Coppola, and Mark Wakefield (2004). Efficiency of federal hospitals in the United States. *Journal of Medical Systems*, 28(5), 411–422.

- Huynh-The, T., Pham, Q. V., Pham, X. Q., Nguyen, T. T., Han, Z., and Kim, D. S. (2023). Artificial intelligence for the metaverse: A survey. *Engineering Applications of Artificial Intelligence*, 117, 105581.
- Ib   ez, V. A., Hartmann, P., and Calvo, P. Z. (2006). "Antecedents of customer loyalty in residential energy markets: Service quality, satisfaction, trust and switching costs". *The Service Industries Journal*, 26(6), 633-650.
-   ternet Engiz, O. (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini", Web: <http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm>, Son Erişim Tarihi: 25.05.2022.
-   ternet: Bernard, M. (2022). "The Amazing Possibilities Of Healthcare In The Mateverse", Web: <https://www.forbes.com/sites/bernardmarr/2022/02/23/the-amazing-possibilities-of-healthcare-in-the-metaverse/?sh=1b91ef59e5c2>, Son Erişim Tarihi: 29.05.2022.
-   ternet: Data Bridge Market Research. (2022). Metaverse: A Boon for The Healthcare Industry, Web: <https://www.databridgemarketresearch.com/articles/metaverse-a-boon-for-the-healthcare-industry>, Son Erişim Tarihi: 25.05.2022.
-   ternet: Delve insight blog, (2022). How Metaverse is Set to Transform The Healthcare Dynamics?, Web: <https://www.delveinsight.com/blog/metaverse-in-healthcare>, Son Erişim Tarihi: 25.05.2022.
-   ternet: Information Week, (2022). "Metaverse: The Next Frontier in Healthcare?", Web: <https://www.informationweek.com/big-data/metaverse-the-next-frontier-in-healthcare->, Son Erişim Tarihi: 26.05.2022.
-   ternet: OECD. (2020). OECD Health spending (indicator). Web: <https://stats.oecd.org/>, Son Erişim Tarihi: 29.05.2022.
-   ternet: T   K. (2019). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. Web: tuik.gov.tr, Son Erişim Tarihi: 25.05.2022.
-   ternet: Wartman, S. A. Academic Health Center: Evolving Organizational Models. Web: http://aahci.org/policy/reddot/AAHC_Evolving_Organizational_Models.pdf, Son Erişim Tarihi: 25.05.2022.
- İstanbuluoğlu, H., G  le , M., ve Oğur, R. (2010). "Sağlık hizmetlerinin finansman y  ntemleri". *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Kamacı, A., ve Uğurlu Yazıcı, H. (2017). "OECD   lkelerinde sağlık harcamalarının ekonomik b  y  me   zerindeki etkisinin ekonometrik analizi". *Sakarya İktisat Dergisi*, 6(2), 25-69.
- Karlıkaya, E. (2006a). *Hak, Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları Kavramı Ne Anlama Geliyor?, II. Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu Kurs Notlar*. Trabzon: Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY).
- Karlıkaya, E. (2006b). *Aydınlatılmış Onam, Sağlık Hakkı, (1)*. Trabzon: Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY).

- Karlıkaya, E. ve Hot, İ. (2007). *Sağlıkla İlgili Ulusal ve Uluslararası Belgeler Işığında Hekimlik Sırrı ve Gizlilik Kavramları, Sağlık Hakkı, (2)*. Trabzon: Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY).
- Karsavuran, S.; Kaya, S. ve Akturan, S. (2011). “Hasta-hekim iletişiminde güven: bir genel cerrahi polikliniği örneği”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(2), 186-212.
- Kim, S. (2020). “Metaverse: digital world, world of emerging items”. *Hwaseong: PlanB Design*, 376.
- Köksal, G., ve Gökmen, H. (2013). *Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi*. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Kutluay Merdol, T., Beyhan, Y., Ciğerim, N., Sağlam, F., Tayfur, M., Bağ, M. ve Dağ, A. (2003). *Toplu Beslenme Yapılan Kurumlarda Çalışan Personel İçin Sanitasyon - Hijyen Eğitimi Rehberi*. 2. Baskı. S.142. Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık.
- Kye, B., Han, N., Kim, E., Park, Y., and Jo, S. (2021). “Educational applications of metaverse: possibilities and limitations”. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 18.
- Lee, J. Y. (2021). “A study on metaverse hype for sustainable growth”. *International Journal of Advanced Smart Convergence*, 10(3), 72-80.
- Mainous, A. G., Baker, R., Love, M. M., Gray, D. P., and Gill, J. M. (2001). “Continuity of care and trust in one’s physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom”. *Family Medicine*, 33(1), 22-27.
- Mozumder, M. M. Sheeraz, A. Athar, S. Aich and H. -C. Kim,(2022) *Overview: Technology Roadmap of the Future Trend of Metaverse based on IoT, Blockchain, AI Technique, and Medical Domain Metaverse Activity*. 24th International Conference on Advanced Communication Technology (ICACT), Phoenix Pyeongchang, 256-261.
- Mystakidis, S. (2022). “Metaverse”. *Encyclopedia*, 2(1), 486-497.
- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Önder, E. ve Yıldırım, B. F. (2018), *Sağlık Yönetiminde Karar Verme*. Bursa: Dora Yayıncılık.
- Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., Cöbek U. C., Ertürk S., Yılmaz, F., Birol, S. (2008). “İstanbul’da bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi”. *Marmara Medical Journal*, 21(1), 33- 49.
- Özata, M. (2004). *Sağlık Bilişim Sistemlerinin Hastane Etkiliğinin Arttırılmasında Yeri Ve Önemi (Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama)*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

- Özata, M., ve Sevinç, İ. (2010). “Konya’daki sağlık ocaklarının etkinlik düzeylerinin veri zarflama analizi yöntemiyle değerlendirilmesi”. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(1), 77-87.
- Özata, Musa; Sevinç, İsmail (2010). Konya’daki Sağlık Ocaklarının Etkinlik Düzeylerinin Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(1), 77-87.
- Özcan, M. (2013). *Hastane Otomasyon Sistem Tasarımı*. Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 117-118.
- Özen, Ü., Çam, H., Aslay, F., Y. (2011). “Kalite boyutları ve sağlık hizmeti unsurları açısından hasta memnuniyetine bir bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi’nde örnek uygulama”. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 2(1), 25-43.
- Özerdoğan, M. A. (2005), *Konfeksiyon Sektöründe Markalaşma*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Paker, K. (2012). “Sosyal bilimcilerin sosyal bilim ve üniversite temsilleri”. *Psikoloji Çalışmaları*, 32(1), 43-71.
- Pala, A. (2008). “Tasarımcı adaylarının üretemeyeceği biçimde bir araştırma”. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1 (23), 13-23.
- Pardes, H. ve Pincus, H.A. (2010). “Models of academic-clinical partnership: Goods, better, best”. *Academic Medicine*, 85(8): 1264-1265.
- Riva, G., and Wiederhold, B. K. (2022). What the Metaverse is (really) and why we need to know about it. <https://doi.org/10.1089/cyber.2022.0124>.
- Robinson, J. and Elkan, R. (1996). *Health Needs Assessment*. New York: Pearson Professional Limited.
- Sarkis, J., and Talluri, S. (2002). “Efficiency measurement of hospitals: issues and extensions”. *International Journal of Operations & Production Management*, 22, 306-313.
- Selçuk, H. (2012). “Malnütrisyon ve önemi”. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 16(2), 158-162.
- Skalidis, I., Muller, O., and Fournier, S. (2022). “cardioverse: The cardiovascular medicine in the era of metaverse”. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 306-313.
- Söyük, S. ve Gün, İ. (2018). *Sağlık İşletmeleri Yönetiminde Temel Boyutlar Rehberi*. 1. Baskı, İstanbul: Beta Basım.
- Starks, H., Coats, H., Paganelli, T., Mauksch, L., van Schaik, E., Lindhorst, T., Hurd, C.z and Doorenbos, A. (2018). “Pilot study of an interprofessional palliative care curriculum: Course content and participant-reported learning gains”. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 35(3), 390-397.

- Sur, H., Söylemez, D. ve Özkan, E. (2001, 20- 21 Mayıs,). *Hekim ve Hastaların 'Hasta Haklarına' Yaklaşımları*. 1.Sağlık İdaresi Kongresi, 2000 Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumlar Yönetimi, Ankara, 403-407.
- Sütlaş, M. (2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*. İstanbul: Çiviyazıları.
- Tekeli, İ. (2004). *Eğitim Üzerine Düşünmek*. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları.
- Tengilimoğlu, D. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel.
- Tengilimoğlu, D. ve Sezgin, B. (2005). “*Hastanelerde Pazarlama Faaliyetlerinin Müşteri Bağlılığına Etkisi: Bir Alan Çalışması*”, *Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Bildiriler Kitabı*, 154-165.
- Tengilimoğlu, E., Parıltı, N. ve Yar, C. E. (2015). “Hastane ve hekim seçiminde sosyal medyanın kullanım düzeyi: Ankara ili örneği”. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2), 76-96
- Thomason, J. (2021). MetaHealth-How will the Metaverse Change Health Care. *Journal of Metaverse*, 1(1), 13-16.
- Tosun, C. (2018). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Turla, A., Karaarslan, B., Kocakaya, M., ve Pekşen, Y. (2005). “Hastalara yeterince aydınlatma yapıp-yapılmadığı ve onam alınması durumunun saptanması”. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi*, 2(2), 33-38.
- Uğurluoğlu, Ö. (2015). “Üniversite hastanelerinde uygulanan organizasyon yapılarının değerlendirilmesi”. *İşletme Bilimi Dergisi*, 3(1), 52–63.
- Üstel, Ö. (2005). *Gazi Hastanesi’nde Toplu Beslenme Hizmetlerinden Yararlanan Personelin Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Varınlı, İ. ve Çakır, A. (2004). Hizmet kalitesi, değer, hasta tatmini ve davranışsal niyetler arasındaki ilişki–Kayseri’de poliklinik hizmetlerine bağlı olarak sunulan bir araştırma”. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 33–52.
- Wiederhold, B. K. (2022). “Metaverse Games: Game Changer for Healthcare”. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 25(5), 267-269.
- Wosik, J., Fudim, M., Cameron, B., Gellad, Z. F., Cho, A., Phinney, D., ... & Tcheng, J. (2020). Telehealth transformation: COVID-19 and the ryanı sıra of virtual care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 957-962.
- Wosik, J., Fudim, M., Cameron, B., Gellad, Z. F., Cho, A., Phinney, D., Curtis, S., Roman, M., Poon, E. G., Ferranti, J., Katz, J. N., and Tcheng, J. (2020). “Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care”. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 957-962.

- Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası, Yayın no:200026
- Yıldırım, H. (2012). “Sağlık Harcamaları ve Finansmanı”, H. H. Yıldırım (Editör), *Sağlık Sigortacılığı*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Yılmaz, M., (2001). “Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 69–74.
- Yiğit, V. ve Ağırbaş, İ. (2004). “Hastane işletmelerinde kapasite kullanım oranının maliyetlere etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat doğum ve çocuk bakımevi hastanesinde bir uygulama”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2), 141–162.
- Yurdadoğ, V. (2007). “Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı ve analizi”. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 592.

EKLER

EK-1. Tam Gün Yasasının Tam Metni

30 Ocak 2010 CUMARTESİ

Resmî Gazete

Sayı : 27478

KANUN

ÜNİVERSİTE VE SAĞLIK PERSONELİNİN TAM GÜN ÇALIŞMASINA VE BAZI KANUNLARDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN

Kanun No. 5947

Kabul Tarihi: 21/1/2010

MADDE 1 – 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan "serbest çalışıp çalışmaması" ibaresi "tetkik, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri" şeklinde, dördüncü ve yedinci fıkraları aşağıdaki biçimde değiştirilmiştir.

“Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamının; klinik şefleri ve şef yardımcıları ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentlerde yüzde 800’ünü, uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman dış tabiplerinde yüzde 700’ünü, pratisyen tabip ve dış tabiplerinde yüzde 500’ünü, idari sağlık müdür yardımcısı, hastane müdürü ve eczacılarda yüzde 250’sini, başhemşirelerde yüzde 200’ünü, diğer personelde yanı sıra yüzde 150’sini geçemez. İşin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, enfeksiyon, özel bakım gerektiren ruh sağlığı, organ ve doku nakli, acil servis ve benzeri sağlık hizmetlerinde çalışan personel açısından yüzde 150 oranı, yüzde 200 olarak uygulanır. Nöbet hizmetleri hariç olmak üzere mesai saatleri dışında gelir getirici çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlara bu fıkradaki oranların yüzde 30’unu, diğer personele yüzde 20’sini geçmeyecek biçimde ayrıca ek ödeme yapılır. Sözleşmeli olarak istihdam edilen personele yapılacak ek ödemenin tutarı yanı sıra, aynı birimde aynı unvanlı kadroda çalışan ve hizmet yılı aynı olan emsali personel esas alınarak belirlenir ve bunlara yapılacak ek ödeme hiçbir biçimde emsaline yapılabilecek ek ödeme üst sınırını geçemez.”

“4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 38 inci maddesine göre Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında

görevlendirilenler, aynı maddede belirtilen ilave ödemelerden yararlanmamak kaydıyla, Bakanlık merkez veya bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yaptıkları unvan açısından belirlenen ek ödemeden faydalandırılır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında ihtiyaç duyulması halinde, ilgilinin isteği ve kurumlarının muvafakatiyle diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık personeli haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler açısından görevlendirilebilirler. Yıl veya ay itibarıyla belirli bir süre açısından görevlendirme halinde bu kişilere, sadece görevlendirildikleri sağlık kuruluşundaki döner sermaye işletmesinden ödeme yapılır. Belirli bir vaka ve iş açısından görevlendirilenlere yanı sıra, kadrosunun bulunduğu kurumdaki döner sermaye işletmesinden yapılan ödemenin yanı sıra, katkı sağladıkları vaka ve iş dolayısıyla görevlendirildiği sağlık kuruluşundaki döner sermaye işletmesinden, üçüncü ve dördüncü fıkra esasları çerçevesinde ve toplamda tavan oranları geçmemek üzere döner sermayeden ek ödeme yapılır. Bu görevlendirmeye ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir.”

MADDE 2 – 209 sayılı olan kanuna aşağıda yer alan ek maddenin eklendiği görülmektedir.

“EK MADDE 3 – Sağlık Bakanlığı ile Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı kadro ve pozisyonlarına (döner sermaye dahil) atanan ve 5 inci madde (altıncı fıkra kapsamında ek ödeme alanlar hariç) gereğince döner sermaye gelirlerinden ek ödeme alan klinik şef ve şef yardımcılarının en yüksek Devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) % 410'u, uzman tabip, tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile uzman dış tabiplerine % 335'i ve pratisyen tabip ve dış tabiplerine yanı sıra % 180'i oranında, her ay herhangi bir katkıya bağlı olmaksızın döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılır. Bu ödemeye hak kazanılmasında ve ödenmesinde aylıklara ilişkin hükümler uygulanır.

Bu madde kapsamında yapılan aylık ek ödeme tutarı, 5 inci madde kapsamında aynı aya ilişkin olarak yapılacak olan ek ödeme tutarından mahsup edilir. Bu maddeye göre yapılan ek ödemenin 5 inci madde kapsamında aynı aya ilişkin olarak yapılacak ek ödemeden fazla olması halinde aradaki fark geri alınmaz. Bu madde kapsamında ödeme yapılanlara 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3 üncü maddesi hükümlerine göre ek ödeme yapılmaz.”

MADDE 3 – 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 36 ncı maddesi aşağıdaki biçimde değiştirilmiştir.

“MADDE 36 – Öğretim elemanları, üniversitede devamlı statüde görev yapar.

Öğretim elemanları, bu Kanun ile diğer kanunlarda belirlenen görevler ve telif hakları hariç olmak üzere, yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde ücretli veya ücretsiz, resmi veya özel başka herhangi bir iş göremezler, ek görev alamazlar, serbest meslek icra

edemezler. Öğretim elemanının görevi ile bağlantılı olarak verdiği hizmetin karşılığında telif ücreti adıyla bir bedel tahsil etmesi halinde 58 inci madde hükümleri uygulanır.

Öğretim üyesi, kadrosunun bulunduğu yükseköğretim birimi ile sınırlı olmaksızın ve ihtiyaç bulunması halinde görevli olduğu üniversitede haftada asgari on saat ders vermekle yükümlüdür. Öğretim görevlisi ve okutmanlar yanı sıra, haftada asgari on iki saat ders vermekle yükümlüdür.

Öğretim elemanlarının, ders dışındaki uygulama, seminer, proje, bitirme ödevi ve tez danışmanlıklarının kaç ders saatine karşılık geldiği; kendi üniversitesi dışındaki devlet veya vakıf üniversitelerine bağlı yükseköğretim kurumlarında haftada verebileceği azami ders saatleri ve uzaktan öğretim programlarında verdikleri derslerin örgün öğretim programlarında verilen kaç ders saatine tekabül ettiği Yükseköğretim Kurulu tarafından belirlenir.

Rektör, rektör yardımcısı, dekan, enstitü ve yüksekokul müdürlerinin ders verme yükümlülüğü yoktur. Başhekimler, dekan yardımcısı, enstitü ve yüksekokul müdür yardımcısı ve bölüm başkanları, bu madde hükümlerine göre haftada asgari beş saat ders vermekle yükümlüdür.”

MADDE 4 – 2547 sayılı Kanunun 38 inci maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki biçimde değiştirilmiş ve maddeye bu fıkradan sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“Öğretim elemanları; ilgili kurumların talebi ve kendisinin muvafakati, üniversite yönetim kurulunun uygun görmesi ve rektörün onayı ile ihtiyaç duyulan konularda, özlük işlemleri kendi kurumlarınca yürütülmek kaydıyla, diğer kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarında geçici olarak görevlendirilebilir. Bu biçimde görevlendirilenlerin, kadrosunun bulunduğu yükseköğretim kurumlarındaki aylık ve diğer ödemeler ile öteki hakları devam eder. Yükseköğretim Kurulu, bağlı birimleri ve Üniversitelerarası Kurul ile Adli Tıp Kurumunda görevlendirilenler hariç olmak üzere bu fıkra uyarınca görevlendirilenler döner sermayeden yararlanamaz.

Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile dernek ve vakıfların yönetim ve denetim organlarında görev yapanlar bakımından ayrıca bir görevlendirme kararı aranmaz. Ancak bu görevler, öğretim elemanının bu Kanundan kaynaklanan mesaisini aksatmayacak biçimde yürütülür.”

MADDE 5 – 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesi aşağıdaki biçimde değiştirilmiştir.

“MADDE 58 – a) Yükseköğretim kurumlarında üniversite yönetim kurulunun önerisi ve Yükseköğretim Kurulunun onayı ile döner sermaye işletmesi kurulabilir. Kurulacak döner sermaye işletmesinin başlangıç sermayesine ilgili yükseköğretim kurumu bütçesinde bu amaç açısından ödenek öngörülme şartıyla katkı sağlanabilir.

Döner sermaye işletmesi faaliyetlerinden elde edilen gelirler, birimler itibarıyla ayrı hesaplarda izlenir.

Döner sermaye işletmesine tahsis edilen sermaye, üniversite yönetim kurulu kararı ile artırılabilir. Artırılan sermaye tutarı yıl sonu kârlarından karşılanır.

Ödenmiş sermaye tutarı, tahsis edilen sermaye tutarına ulaştıktan sonra kalan yıl sonu kârı, döner sermaye işletmesinin hizmetlerinde kullanılmak üzere ertesi yılın gelirine ilave edilir.

Döner sermaye işletmesinin gelirleri, işletme adına yapılan mal ve hizmet satışları ile diğer gelirlerden oluşur.

Döner sermaye işletmesinden verilen hizmetler dolayısıyla öğretim elamanları adına her ne nam altında olursa olsun ayrıca ücret talep edilemez.

Süreklilik arz eden hizmet alımları ile maliyeti yüksek ve ileri teknoloji ürünü olan tıbbi cihazların hizmet alımı yoluyla temini veya kiralanması açısından döner sermaye kaynaklarından gelecek yıllara yaygın yüklenmelere girilebilir.

b) Döner sermaye gelirlerinden tahsil edilen kısmın, tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezleri açısından asgari yüzde 35'i, ziraat ve veteriner fakülteleri, sivil havacılık yüksekokulu ile bünyesinde atölye veya laboratuvar bulunan yükseköğretim kurumları açısından asgari yüzde 25'i, diğer yükseköğretim kurumları açısından yanı sıra yüzde 15'i, ilgili yükseköğretim kurumunun ihtiyacı olan mal ve hizmet alımları, her türlü bakım, onarım, kiralama, devam etmekte olan projelerin tamamlanmasına bağlı olarak sunulan inşaat işleri ve diğer ihtiyaçlar ile yönetici payları açısından kullanılır. Bu oranları yüzde 50'sine kadar artırmaya üniversite yönetim kurulu yetkilidir.

Döner sermaye gelirlerinden tahsil edilen kısmın yüzde 5'i, üniversite bünyesinde yürütülen bilimsel araştırma projelerinin finansmanı açısından kullanılır. Bu tutar döner sermaye muhasebe birimince, tahsilatı takip eden ayın yirmisine kadar ilgili yükseköğretim kurumu hesabına yatırılır. Yatırılan bu tutarlar, yükseköğretim kurumu bütçesine öz gelir olarak kaydedilir. Kaydedilen bu tutarlar karşılığı olarak ilgili yükseköğretim kurumu bütçesine konulan ödenekler, gelir gerçekleştirmelerine göre kullanılır. Süresi açısından değerlendirilmeyen tutarların tahsilinde 6183 sayılı Kanun hükümleri uygulanır.

Bilimsel araştırma projelerine ilişkin ödenekler, üniversite yönetim kurulunca gerekli görüldüğü takdirde, her bir proje açısından avans verilmek suretiyle de kullanılabilir.

Bilimsel araştırma projelerinin seçilmesi, uygulanması ve izlenmesi ile ödeneklerin kullanılması, genel hükümlerin ön ödemelere ilişkin sınırlamalarına bağlı kalınsızın avans verilmesi ve bu avansın mahsubuna dair usul ve esaslar Maliye Bakanlığının uygun görüşü alınarak Yükseköğretim Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

c) Tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinin hesabında toplanan döner sermaye gelirleri bakiyesinden, bu yerlerde;

1) Gelir getiren görevlerde çalışan öğretim üyesi ve öğretim görevlilerine aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme, ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamından oluşan ek ödeme matrahının yüzde 800'ünü, araştırma görevlilerine yanı sıra yüzde 500'ünü; bu yerlerde görevli olmakla birlikte gelire katkısı olmayan öğretim üyesi ve öğretim görevlilerine yüzde 600'ünü, araştırma görevlilerine yanı sıra yüzde 300'ünü,

2) 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personel (döner sermaye işletme müdürlüğü ve döner sermaye saymanlık personeli dahil) ile aynı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre sözleşmeli olarak çalışan personele ek ödeme matrahının; hastaneler başmüdürü ve eczacılar açısından yüzde 250'sini, başhemşireler açısından yüzde 200'ünü, diğerleri açısından yüzde 150'sini, işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, enfeksiyon, özel bakım gerektiren ruh sağlığı, organ ve doku nakli, acil servis ve benzeri sağlık hizmetlerinde çalışan personel açısından yüzde 200'ünü geçmeyecek biçimde aylık ek ödeme yapılır. Sözleşmeli personele yapılacak ek ödeme matrahı, sözleşmeli personelin çalıştığı birim ve bulunduğu pozisyon unvanı itibarıyla aynı veya benzer unvanlı memur kadrosunda çalışan, hizmet yılı ve öğrenim durumu aynı olan emsali personel dikkate alınarak belirlenir. Emsali bulunmayan sözleşmeli personelin ek ödeme matrahı yanı sıra brüt sözleşme ücretlerinin yüzde 25'ini geçemez.

Nöbet hizmetleri hariç olmak üzere mesai saatleri dışında gelir getirici çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak (1) numaralı bentte belirtilen personel açısından yüzde 50'sini, (2) numaralı bentte belirtilen personel açısından yüzde 20'sini geçmeyecek biçimde ayrıca aylık ek ödeme yapılır.

Yükseköğretim kurumlarının tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde ihtiyaç duyulması halinde ilgilinin isteği ve kurumlarının muvafakatiyle diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık personeli haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler açısından görevlendirilebilir. Belirli bir vaka ve iş açısından görevlendirilenlere, kadrosunun bulunduğu kurumdaki döner sermaye işletmesinden yapılan ödemenin yanı sıra, katkı sağladıkları vaka ve iş dolayısıyla görevlendirildiği sağlık kuruluşundaki döner sermaye işletmesinden, bu maddede belirtilen esaslar çerçevesinde ve toplamda tavan oranları geçmemek üzere döner sermayeden ek ödeme yapılır.

d) Ziraat ve veteriner fakülteleri, sivil havacılık yüksekokulu ve bünyesinde atölye veya laboratuvar bulunan yükseköğretim kurumlarında üretilen mal ve hizmetlerden elde

edilen döner sermaye gelirlerine katkısı bulunan personele yapılacak ek ödemeler hakkında da (c) fıkrası hükümleri uygulanır.

e) Yükseköğretim kurumlarının (c) ve (d) fıkraları kapsamına girenler haricindeki diğer birimlerinde döner sermaye işletmesi hesabına yapılan iş veya hizmetler karşılığında tahsil edilen gelirlerden kanuni kesintiler ile varsa yapılan iş veya hizmetle bağlantılı giderler düşüldükten sonra geri kalan tutar, hizmet karşılığı olarak gelir tahsilatının yapıldığı tarihi izleyen bir ay açısındade, hizmeti veren öğretim elemanlarına, memurlara ve sözleşmeli personele ödenir.

Tıp ve diş hekimliği fakültelerindeki öğretim elemanlarının sağlık hizmeti dışında verdikleri hizmetler karşılığında döner sermaye hesabına tahsil edilen paradan pay alma hususunda bu fıkra hükümleri uygulanır.

f) Rektör, rektör yardımcısı ve genel sekreterlere gelir getirici katkılarına bakılmaksızın, üniversite yönetim kurulunun uygun gördüğü birimin döner sermaye hesabından yönetici payı olarak ayrılan tutardan ek ödeme yapılır. Yapılacak ek ödemenin tutarı ek ödeme matrahının, rektörler açısından yüzde 600'ünü, rektör yardımcıları açısından yüzde 300'ünü, genel sekreterler açısından yüzde 200'ünü geçemez.

Döner sermaye gelirinin elde edildiği birimlerin dekan, başhekim ve enstitü ve yüksekokul müdürleri ile bunların yardımcılara, gelir getirici katkılarına bakılmaksızın, görev yaptıkları birimin döner sermaye gelirlerinden yönetici payı olarak ayrılan tutardan ek ödeme yapılır. Yapılacak ek ödemenin tutarı, ek ödeme matrahının, dekan, enstitü ve yüksekokul müdürü açısından yüzde 250'sini, bunların yardımcıları açısından yüzde 100'ünü, tıp ve diş hekimliği fakülteleri dekanları ile sağlık uygulama ve araştırma merkezleri başhekimleri açısından yüzde 500'ünü, bunların yardımcıları açısından yüzde 300'ünü geçemez.

Bu fıkra kapsamında bulunan yöneticilere, mesai saatleri içerisinde verdikleri mesleki hizmetlerinden dolayı ayrıca ek ödeme yapılmaz. Mesai saatleri dışında döner sermaye gelirlerine katkıları bulunması hâlinde alabilecekleri toplam ek ödeme tutarı, hiçbir biçimde yönetici payı dahil ilgisine göre (c), (d) ve (e) fıkralarında belirtilen esaslara göre hesaplanacak tutarı geçemez.

g) Bu madde uyarınca 11/10/1983 tarihli ve 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanununa tabi personele yapılan ödemeler, 27/1/2000 tarihli ve 4505 sayılı Sosyal Güvenlikle İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması ve Temsil Tazminatı Ödenmesi Hakkında Kanunun 5 inci maddesinin (c) fıkrası ile 4/7/2001 tarihli ve 631 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Mali ve Sosyal Haklarında Düzenlemeler ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 16 ncı maddesi hükümlerinin uygulanmasında dikkate alınmaz.

h) Yapılacak ek ödeme oranları ile bu ödemelerin esas ve usulleri, yükseköğretim kurumlarının hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ve mesleki uygulamalar ile ilgili performansı ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi hizmete katkı unsurları esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Yükseköğretim Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

ı) Döner sermaye işletmelerinin faaliyet alanları, gelir ve giderleri, sermaye limitleri ile işletmelerin yönetimine ilişkin esas ve usuller Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Yükseköğretim Kurulunca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir."

MADDE 6 – 2547 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 57 – Bu maddenin yayımlandığı tarihte kısmî statüde görev yapmakta olan öğretim üyelerinden, Kanunun yayımlandığı tarihten itibaren bir yıl içerisinde talepte bulunanlar devamlı statüye geçirilir. Bu süre içerisinde talepte bulunmayanlar istifa etmiş sayılır.”

MADDE 7 – 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 12 nci maddesinin ikinci ve üçüncü fıkraları aşağıdaki biçimde değiştirilmiştir.

“Tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, aşağıdaki bentlerden yalnızca birindeki sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini icra edebilir:

a) Kamu kurum ve kuruluşları.

b) Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversiteleri.

c) Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan vakıf üniversiteleri, serbest meslek icrası.

Tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, ikinci fıkranın her bir bendi kapsamında olmak kaydıyla birden fazla sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilir. Bu maddenin uygulanması bakımından Sosyal Güvenlik Kurumunca branş bazında sözleşme yapılan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversiteleri yalnızca sözleşme yaptıkları branşlarda (b) bendi kapsamında kabul edilir. Mesleğini serbest olarak icra edenler, hizmet bedeli hasta tarafından karşılanmak ve Sosyal Güvenlik Kurumundan talep edilmemek kaydıyla, (b) bendi kapsamında sayılan sağlık kuruluşlarında da hastalarının teşhis ve tedavisini yapabilir. Sözleşmeli statüde olanlar da dahil olmak üzere mahalli idareler ile kurum tabipliklerinde çalışan ve döner sermaye ek ödemesi almayan tabipler işyeri hekimliği yapabilir. Döner sermayeli sağlık kuruluşları yanı sıra kurumsal

olarak işyeri hekimliği hizmeti verebilir. Bu maddenin uygulamasına ve işyeri hekimliğine ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir."

MADDE 8 – 1219 sayılı olan kanuna aşağıda yer alan ek maddenin eklendiği görülmektedir.

"EK MADDE 12 – Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır. Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rücuları karşılamak üzere mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır.

Zorunlu mesleki malî sorumluluk sigortası, mesleklerini serbest olarak icra edenlerin kendileri, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar açısından ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaptırılır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların sigorta primlerinin yarısı kendileri tarafından, yarısı istihdam edenlerce ödenir. İstihdam edenlerce ilgili sağlık çalışanı açısından ödenen sigorta primi, hiçbir isim altında ve hiçbir biçimde çalışanın maaş ve sair malî haklarından kesilemez, buna ilişkin hüküm ihtiva eden sözleşme yapılamaz.

Zorunlu sigortalara ilişkin teminat tutarları ile uygulama usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığınca belirlenir.

Bu maddedeki zorunlu sigortaları yaptırmayanlara, mülki idare amirince sigortası yaptırılmayan her kişi açısından beşbin Türk Lirası idari para cezası verilir."

MADDE 9 – 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanuna aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 1 – İyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personelin haftalık çalışma süresi 35 saattir. Bu süre içerisinde, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte belirtilen radyasyon dozu limitleri de ayrıca dikkate alınır. Doz limitlerinin aşılmaması açısından alınması gereken tedbirler ile aşıldığı takdirde izinle geçirilecek süreler ve alınacak diğer tedbirler Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir."

MADDE 10 – 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun ek 33 üncü maddesi aşağıdaki biçimde değiştirilmiştir.

"EK MADDE 33 – Yataklı tedavi kurumları, seyyar hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde haftalık çalışma süresi dışında normal, acil veya branş nöbeti tutarak, bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir nöbet saati açısından (nöbet süresi kesintisiz 6 saatten az olmamak üzere), aşağıda gösterilen gösterge rakamlarının aylık katsayısı ile çarpılması sonucu hesaplanacak tutarda nöbet ücreti ödenir. Ancak ayda 130 saatten fazlası açısından ödeme yapılmaz. Bu ücret damga vergisi hariç herhangi bir vergi ve kesintiye tabi tutulmaz.

	Gösterge
a) Klinik şefi, şef yardımcısı, başasistan, uzman tabip	100
b) Tabip, tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda, bu mevzuat hükümlerine göre uzmanlık belgesi alan tabip dışı personel, aynı dallarda doktora belgesi alanlar	90
c) Diş tabibi ve eczacılar	80
ç) Mesleki yüksek öğrenim görmüş sağlık personeli	60
d) Lyanı sıra dengi mesleki öğrenim görmüş sağlık personeli	50
e) Diğer personel	35

Bu madde hükmü, üniversitelerin yataklı tedavi kurumlarında çalışan ve 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 50 nci maddesinin (e) bendi kapsamında bulunanlar hakkında da uygulanır.

İcap nöbeti tutan ve bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir icap nöbeti saati açısından, icap nöbeti süresi kesintisiz 12 saatten az olmamak üzere, yukarıda nöbet ücreti açısından belirlenen ücretin yüzde 40'ı tutarında icap nöbet ücreti ödenir. Bu biçimde ücretlendirilebilecek toplam icap nöbeti süresi aylık 120 saati geçemez.

Bu madde uyarınca yapılacak ödemeler, döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermaye bütçesinden karşılanır."

MADDE 11 – 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 9 – Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimleri, Bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilir. Birlikte kullanım ve işbirliğine ilişkin usul ve esaslar ile

ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde döner sermaye gelirlerinden personele yapılacak ek ödemelere ilişkin esaslar Maliye Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulunun görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir."

MADDE 12 – 27/7/1967 tarihli ve 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanununun ek 17 nci maddesinin (C) fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"Ç) Türk Silahlı Kuvvetleri kadrolarında bulunan ve aşağıda rütbeleri belirtilen personelden öğretim üyesi tabip, öğretim üyesi dış tabibi, uzman tabip, uzman dış tabibi, tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlara hizmetlerinde gösterilen oranları geçmemek üzere orgeneral aylığının (ek gösterge dahil) brüt tutarı ile çarpımı sonucu bulunan miktarda sağlık hizmetleri tazminatı ayrıca ödenir.

RÜTBELER	TAZMİNAT ORANLARI(%)			
	Öğretim Üyesi Tabip-Dış Tabibi/Uzman Tabip	Tabip/Tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar	Uzman Dış Tabibi	Dış Tabibi
General/Amiral	585	455	390	260
Kıdemli Albay	550	425	365	230
Albay	545	415	360	220
Yarbay	515	380	345	215
Kıdemli Binbaşı	500	370	340	210
Binbaşı	500	370	340	210
Kıdemli Yüzbaşı	460	320	305	175
Yüzbaşı	460	320	305	175
Kıdemli Üsteğmen	420	280	285	165
Üsteğmen	420	280	285	165
Teğmen	380	250	280	160
Asteğmen	370	240	270	130

Türk Silahlı Kuvvetleri kadrolarında görevli sivil öğretim üyesi tabiplere ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi olarak görev yapan uzman tabip, uzman dış tabibi, tabip ve dış tabiplerine aşağıda belirtilen oranları geçmemek üzere en yüksek devlet memuru

aylığının (ek gösterge dahil) brüt tutarı ile çarpımı sonucu bulunan miktarda sağlık hizmetleri tazminatı ayrıca ödenir.

DERECE	TAZMİNAT ORANLARI (%)			
	Öğretim Üyesi Tabip/Uzman Tabip	Tabip/Tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar	Uzman Dış Tabibi	Dış Tabibi
1	535	400	365	235
2-3	520	390	360	230
4-5	480	340	325	195
6-7	440	300	305	185
8-9	400	270	300	180

Sağlık hizmetleri tazminatının oranları ile usul ve esasları, personelin rütbesi, unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, görev yeri ve özellikleri, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ve mesleki uygulamaları ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi hizmete katkı unsurları esas alınarak Maliye Bakanlığının görüşü, Genelkurmay Başkanlığının uygun görüşü üzerine Milli Savunma Bakanlığınca belirlenir.

Sağlık hizmetleri tazminatından yararlanan personele, bu maddenin (C) fıkrası ile 17/11/1983 tarihli ve 2957 sayılı Kanunun 6 ncı maddesi, 10/6/1985 tarihli ve 3225 sayılı Kanunun 14 üncü maddesi ve 27/6/1989 tarihli ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3 üncü maddesi hükümlerine göre ödeme yapılmaz."

MADDE 13 – 926 sayılı olan kanuna aşağıda yer alan ek maddenin eklendiği görülmektedir.

"EK MADDE 26 – Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığına bağlı eğitim hastaneleri ile askeri tıp fakültesinde öğretim üyesi veya tabip ihtiyacı doğması halinde, Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığının talebi üzerine Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu tarafından öncelikli olarak görevlendirme yapılır.

Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında ihtiyaç duyulması ve Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Komutanlığının talep etmesi halinde, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında veya üniversite hastanelerinde görevli öğretim üyeleri ile diğer sağlık personeli, haftanın belirli gün veya saatlerinde veya belirli vakalar ve işler açısından Sağlık Bakanlığı veya Yükseköğretim Kurulu tarafından görevlendirilir."

MADDE 14 – 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 3 – 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5 inci maddesi (altıncı fıkra kapsamında ek ödeme alanlar ile diğer kurumlardan vekaleten atama veya görevlendirme suretiyle Sağlık Bakanlığında görevlendirilenler hariç) gereğince döner sermaye gelirlerinden ek ödeme alan ve aynı zamanda bu Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı bulunanlardan; tabip ve diş tabipleri ile tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, sigorta priminin işveren payı dahil tamamını kendileri ödemek kaydıyla, 209 sayılı Kanunun ek 3 üncü maddesine göre kendilerine ödenen tutar üzerinden malullük, yaşlılık ve ölüm sigortasıyla sınırlı olacak biçimde ilave olarak sigorta primine tabi tutulur. Ancak, bu biçimde ilave olarak sigorta primine tabi tutulacak kazancın tutarı, bu haktan yararlanacakların tamamı açısından 80 inci maddenin üçüncü fıkrasına göre belirlenecek sigorta primine esas kazanç toplamı ile 82 nci maddenin birinci fıkrasında belirtilen sigorta primine esas kazanç üst sınırı arasındaki farkı geçemez.

Bu biçimde ilave prim ödemesinde bulunanlardan malullük, yaşlılık, vazife malullüğü veya emeklilik aylığı ya da sürekli tam iş göremezlik geliri bağlanmasına hak kazananlara; ilave olarak ödedikleri her yıla ait sigorta prim matrahının, kazancın ait olduğu yıldan itibaren söz konusu aylık veya geliri talep ettiği tarihe kadar geçen yıllar açısından her yıl gerçekleşen güncelleme katsayısı ile güncellenerek bulunan kazançlar toplamının, ilave prim ödedikleri gün sayısına bölünmesi sonucu bulunacak ortalama günlük kazancın otuz katının, ilave prim ödedikleri gün sayısının her 360 günü açısından % 2'si oranında bulunacak tutarda ilave aylık ödenir. Bu hesaplamada, 360 günden eksik süreler orantılı olarak dikkate alınır. Sigortalının ölmesi halinde yanı sıra, bu fıkra çerçevesinde hesaplanacak ilave aylık geçici 18 inci madde hükümleri saklı kalmak kaydıyla, geçici 4 üncü madde kapsamında bulunan sigortalıların aylığa müstahak dul ve yetimleri açısından geçici 4 üncü madde hükümlerine, diğer sigortalıların hak sahipleri açısından yanı sıra 34 ve 54 üncü madde hükümlerine göre ödenir. Bu biçimde ilave aylık alan kız çocuğunun 37 nci madde uyarınca evlenme ödeneğine hak kazanması durumunda, aynı madde hükümleri çerçevesinde ilave evlenme ödeneği ödenir.

İlave aylıklar, 55 inci maddenin ikinci fıkrası uyarınca artırılır.

Bu biçimde ilave prim ödemesinde bulunanlardan 31 inci madde ve geçici 4 üncü madde uyarınca toptan ödeme yapılan veya emeklilik kesenekleri geri verilenlere; ilave olarak ödedikleri sigorta primlerinin her yıla ait tutarı, primlerin ait olduğu yıldan itibaren yazılı istek tarihine kadar geçen yıllar açısından, her yıl gerçekleşen güncelleme katsayısı

ile güncellenerek bulunacak tutarda ilave toptan ödeme yapılır. Sigortalının ölmesi halinde yanı sıra, bu fıkra çerçevesinde hesaplanacak ilave toptan ödeme, geçici 4 üncü madde kapsamında bulunan sigortalıların aylığa müstahak dul ve yetimlerine geçici 4 üncü madde hükümlerine, diğer sigortalıların hak sahiplerine yanı sıra 34 üncü madde hükümlerine göre ödenir.

İlave aylıkların başlangıcı, kesilmesi ve yeniden bağlanmasında geçici 4 üncü madde kapsamına girenler açısından geçici 4 üncü madde hükümleri, diğerleri açısından yanı sıra 27, 30 ve 34 üncü madde hükümleri kıyasen uygulanır. Ancak, geçici 4 üncü madde kapsamında veya 30 uncu maddenin üçüncü fıkrası kapsamında aylıklarının kesilmesi sebebiyle ilave aylıkları da kesilmiş olanlardan birinci fıkra kapsamında yeniden ilave sigorta primi ödemiş ve yeniden aylık bağlanmasına hak kazanmış olanların yeni ilave aylığı, eski aylığın kesildiği tarihten yeniden ilave aylık bağlanacak tarihe kadar 55 inci maddenin ikinci fıkrasına göre aylıklara yapılan artışlar uygulanarak bulunacak tutara, yeniden ilave sigorta primi ödediği süreler açısından ikinci fıkra göre hesaplanacak ilave aylığın eklenmesi suretiyle tespit olunur.

Birinci fıkra gereğince ilave sigorta primi kesilmesine, 209 sayılı Kanunun ek 3 üncü maddesine göre ek ödeme verilecek ilk aybaşıda başlanır. Bu biçimde ilave sigorta primi alınacakların sigorta primleri açısından ayrı bir bildirme düzenlenir. Ancak, bu bildirgelerin verilme ve primlerin ödeme zamanının tespitinde genel hükümlere uygun olarak işlem tesis edilir.

Malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası açısından bu madde hükümlerine göre sigorta primi ödenen süreler, prim ödeme gün sayısı, sigortalılık süresi ve prime esas kazanç hesabına dahil edilemez. Ödenen prim tutarları ve bildirilen kazanç tutarları yanı sıra emekli ikramiyesi, iş sonu tazminatı ve kıdem tazminatı da dahil olmak üzere bu maddede belirtilmeyen herhangi bir hakkın elde edilmesinde veya hesabında dikkate alınmaz.

Bu madde kapsamında ödenen sigorta primleri daha sonra geri talep edilemez ve bu Kanunun ihya hükümleri ilave aylıklar hakkında uygulanmaz."

MADDE 15 – 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 8 – Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünde çalışan memurlar ile sözleşmeli personelden taşra teşkilatında görev yapan tabipler açısından en yüksek Devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) % 400’ünü, merkez ve taşra teşkilatında görev yapan diğer personele % 200’ünü geçmemek üzere ek ödeme yapılabilir. Ek ödemenin oranı ile usul ve esasları; görev yapılan birim ve iş hacmi, görevin önem ve güçlüğü, çalışma süresi, personelin sınıfı, kadro unvanı, derecesi ve atanma biçimi gibi kriterler ile personele aylık ve özlük hakları dışında ilgili mevzuatına göre yapılan diğer ilave ödemeler dikkate alınmak

suretiyle Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca belirlenir. Bu ödemelerden damga vergisi hariç herhangi bir vergi kesilmez.”

MADDE 16 – 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

“EK MADDE 9 – Türkiye Kızılay Derneğine (KIZILAY) ait olup 1/5/2009 tarihi itibarıyla ruhsatlı olarak işletilmekte bulunan hastane ve tıp merkezlerinden, bu Kanunun yayımından itibaren altı ay içerisinde Sağlık Bakanlığı ile Kızılay arasında yapılacak protokolle Sağlık Bakanlığına devredilecek olanlarında, 1/5/2009 tarihi itibarıyla iş sözleşmesine bağlı olarak çalışmakta olan ve 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde öngörülen genel ve ilgili kadro veya pozisyon açısından öngörülen özel şartları taşıyan personelden;

a) Tabipler ve dış tabipleri, istekleri halinde çalışmakta oldukları ildeki ihtiyaç bulunan sağlık kurum veya kuruluşlarının memur kadrolarına Sağlık Bakanlığınca atanırlar.

b) Tabipler ve dış tabipleri dışındaki diğer personel, istekleri halinde, yaptıkları iş, eğitim durumu ve bulundukları pozisyon dikkate alınarak Devlet Personel Başkanlığının görüşü üzerine Maliye Bakanlığının izni ile çalışmakta oldukları ildeki sağlık kurum veya kuruluşlarında Bakanlık veya döner sermaye teşkilatı adına vizelenecek pozisyonlarda istihdam edilmek üzere, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) fıkrası hükümleri uyarınca sözleşmeli personel statüsüne geçirilir.

Bu biçimde istihdam edilecek toplam tabip sayısı 180’i, sağlık personeli sayısı 490’ı ve diğer personel sayısı 705’i geçemez.

Kadro ve pozisyonlara atanma ve geçirilmede, iş sözleşmeleri askıda bulunanlar dahil tam zamanlı çalışanlar ile emeklilik veya yaşlılık aylığı kesilmek suretiyle çalışanlar dahil herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan emeklilik veya yaşlılık aylığı bağlanmamış olanlar dikkate alınır ve işlemler sağlık kuruluşunun devir tarihini müteakip personelin bir ay içerisinde yapacakları müracaatları dahil altı ay içerisinde tamamlanır.

Personele, memur ve sözleşmeli personel statüsüne geçirilmeleri nedeniyle, iş mevzuatına göre Bakanlık veya Kızılay tarafından herhangi bir tazminat ödenmez, kullanmamış oldukları yıllık ücretli izin süreleri açısından herhangi bir ödeme yapılmaz. Personelin Bakanlığa devir tarihi itibarıyla Kızılay’da geçen ve kıdem tazminatına esas alınabilecek hizmet süreleri; memur kadrolarına atananlar açısından 8/6/1949 tarihli ve 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu uyarınca ödenecek emekli ikramiyesine esas toplam hizmet süresinin hesabında, sözleşmeli personel statüsüne geçirilenler açısından 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre hak kazanabilecekleri iş sonu tazminatına esas toplam hizmet süresinin hesabında dikkate alınır.

Personelin emekli ikramiyesi veya iş sonu tazminatının hesabına dahil edilecek hizmet sürelerinden kaynaklanan ilave maliyetin finansmanına karşılık olmak üzere, devir tarihi itibarıyla ilgililerin atandıkları kadro unvanı ile derecesi ve kademesi veya geçirildikleri sözleşmeli personel pozisyonlarının unvanı ve hizmet süreleri esas alınarak hesaplanacak emekli ikramiyesi veya iş sonu tazminatı toplam tutarı, beş yıl içerisinde beş eşit taksitte Kızılay tarafından Bakanlığın döner sermayesine ödenir veya devredilen sağlık kuruluşlarına ait taşınır bedelleri ile devredilen sağlık kuruluşlarının bulunduğu Kızılay'a ait taşınmazların kiralanması halinde kira alacağından mahsubu yapılır.

Sağlık Bakanlığına devredilen sağlık kuruluşlarına ait taşınırlardan Bakanlıkça devralınacaklar ile bunların bedeli, Maliye Bakanlığı temsilcisinin koordinatörlüğünde, Bakanlık ve Kızılay temsilcilerinden oluşacak üç kişilik komisyonlar tarafından tespit edilir ve tespit edilen tutar, Bakanlıkça belirlenecek sağlık kurum ve kuruluşlarının döner sermaye gelirlerinden karşılanır. Komisyonlar, bedel tespit ederken gerektiğinde meslek kuruluşlarından veya bilirkişilerden yararlanabilir.

Bu maddenin uygulanmasında 25/12/2009 tarihli ve 5944 sayılı 2010 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununun 22 nci ve 23 üncü maddeleri ile 13/12/1983 tarihli ve 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 9 uncu maddesinin son fıkrasında yer alan kısıtlamalar dikkate alınmaz.”

MADDE 17 – 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“GEÇİCİ MADDE 11 – Kamu kurum ve kuruluşlarında memur statüsünde çalışmakta iken 26/5/1995 ile 1/1/2010 tarihleri arasında görevinden çekilmiş olan ve çekilmiş sayılan tabip, diş tabibi, uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, bu Kanunun yayımından itibaren altı ay içerisinde başvurmaları halinde, açıktan atama izni aranmaksızın, görevden ayrıldıkları ildeki Sağlık Bakanlığına ait kurum ve kuruluşlara, bu yerlerde ihtiyaç olmaması halinde ihtiyaç bulunan münhal yerlere açıktan atanabilirler. Görevlerinden ayrıldıkları yere mazeret sebebiyle atanmış olanlardan talep tarihinde mazereti ortadan kalkmış bulunanlar hakkında ilgili yönetmelik hükümlerine göre işlem yapılır.”

MADDE 18 – 21/4/2005 tarihli ve 5335 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 30 uncu maddesinin birinci fıkrasına "yükseköğretim kurumlarının öğretim üyeliklerine" ibaresinden sonra gelmek üzere "ve Sağlık Bakanlığının tabip ve uzman tabip kadrolarına" ibaresi eklenmiştir.

MADDE 19 – a) 31/12/1980 tarihli ve 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun,

b) 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun ek 22 nci maddesi,

c) 14/4/1982 tarihli ve 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununun 30 uncu maddesinin üçüncü fıkrası,

d) 17/11/1983 tarihli ve 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununun 32 nci maddesinin birinci fıkrasının son cümlesi,

e) 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 73 üncü maddesinin üçüncü fıkrasının ikinci cümlesi, yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 20 – Bu Kanunun;

a) 3 üncü maddesi, 5 inci maddesiyle değiştirilen 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesinin (c) bendinin (2) numaralı alt bendinin son paragrafı hariç olmak üzere 5 inci maddesi ile 19 uncu maddenin (b) ve (e) bentleri yayımı tarihinden bir yıl sonra,

b) 1 inci maddesiyle değiştirilen 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin yedinci fıkrası hariç olmak üzere 1 inci maddesi ile 2, 7, 8, 12, 13, 14 üncü maddeleri ve 19 uncu maddenin (a), (c) ve (d) bentleri yayımı tarihinden altı ay sonra,

c) Diğer hükümleri yayımı tarihinde,
yürürlüğe girer.

MADDE 21 – Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

29/1/2010 (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130-1.htm> Erişim

Tarihi: 19.09.2022)

EK-2. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

ANKET

Sayın katılımcı;

Bu anket formu Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı bünyesinde Doktora Tez Çalışması kapsamında, **“Üniversite Hastanelerinde Tam Gün Yasası Sonrasında Hasta Memnuniyeti ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği”** konulu çalışmasına bağlı olarak sunulan oluşturulan anket sorusu sizlere sunulmaktadır.

Araştırma açısından gerekli izinler alınmıştır. Araştırma uygulamasına katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır. Katılım sırasında istediğiniz anda vazgeçebilirsiniz, böyle bir durumda hiçbir sorumluluğunuz bulunmayacaktır.

Sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa adresinden ulaşarak soru sorabilir, yorumlarınızı iletebilir ya da sonuçlarla ilgili bilgi isteyebilirsiniz.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, sadece araştırmanın amacı olan bu bilimsel amaçlı çalışmada kullanılacaktır. Bunun dışında hiçbir kişi ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Hiçbir biçimde isim belirtilmeyecektir. Ankete isim yazılmayacaktır. Veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır ve cevaplamanız yaklaşık 20-25 dakikanızı alacaktır. Her soruya zaman ayırıp içtenlikle cevap verdiğiniz açısından teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

Katınız açısından çok teşekkür ederim. Saygılarımla,

Araştırmacı: **Reha Oğuz DURLU**

Danışman: **Prof. Dr. Nurettin PARILTI**

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İktisadi İdari ve İdari Bilimler Fakültesi

İşletme Doktora Öğrencisi

Anket 2 bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde çoktan seçmeli sorular yer almaktadır. Size uygun olan seçeneğin yanındaki () açısından ‘X’ işaretini koyarak işaretleyiniz.

Lütfen çift işaretleme yapmayınız ve soruları cevapsız bırakmayınız.

I. BÖLÜM: DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Aşağıdaki sorular, kişisel bilgileri içermektedir. Lütfen size uygun seçenekleri işaretleyiniz.

Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

Medeni durumunuz : () Evli () Bekâr

Yaşınız : () 18-24 () 25-29 () 30-34 () 35-39
() 40-44 () 45-49 () 50-54 () 55-59
() 60-64 () 65-69

Aylık Geliriniz : () 4500-7.000 TL. () 7.001-12.000 TL. () 12.001- 16.000 TL.
() 16.001 TL. Ve üzeri

Hastanede Bulunduğunuz Yer: Poliklinik () Öğretim Üyesi Özel Muayene ()

“Tam Gün Yasası” Hk. Bilgi sahibiyseniz ve yasa çıkmadan önce üniversite hastanelerinden sağlık hizmeti aldıysanız, Aşağıdaki ifadelere katılım durumunuza göre size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Lütfen çift işaretleme yapmayınız ve soruları cevapsız bırakmayınız.

I. BÖLÜM:

TAM GÜN YASASI HAKKINDA GÖRÜŞLER

i. Tam Gün Yasasıyla ilgili temel endişeleriniz nelerdir?

- Hekimlerin özlük haklarında kötüleşme olacağını düşünüyorum.
- Tam gün yasaı, sağlık sisteminin kalitesini düşürecektir.
- Hekimlerin çalışma özgürlüklerine müdahale edilmiş olacağını düşünüyorum.
- Devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin gelirleri azalacaktır.
- Özel sektör ile Kamu arasındaki ücret farkı daha da artacaktır.
- Muayenehanelerin kapatılması, hekimleri ekonomik açıdan sıkıntıya sokacaktır.
- Çalışma şartları ağırlaşacaktır.
- Hekimlerin saygınlığı azalacaktır.
- Kamuda tam gün çalışan hekimin yükü hafifletilmelidir.
- Üniversitede çalışan hekimlerin hizmet vermesi zorlaşacaktır.

- ii. Tam Gün Yasası sonucunda bir tercih yapmak zorunda kalacak hekimler size göre tercihlerini hangi kurum üzerinden kullanır?**
- ☐ Kamu hastanelerinde çalışmak için kullanırlar.
 - ☐ Kendi muayenehanelerinde çalışmaktan yana kullanırlar.
 - ☐ özel hastanelerde çalışmaktan yana kullanırlar.
- iii. Tam Gün Yasasına göre kamu hastanelerindeki verilen sağlık hizmetleri kalitesini ne yönde etkilemektedir**
- ☐ Artacaktır
 - ☐ Azalacaktır
 - ☐ Değişmeyecektir
 - ☐ Fikrim yok
- iv. Tam Gün Yasasına göre özel sektörde verilen sağlık yönünden hizmet kalitesini hangi açıdan etkilemektedir**
- ☐ Artacaktır
 - ☐ Azalacaktır
 - ☐ Etkilemeyecektir
 - ☐ Fikrim yok
- v. Hekimlerin zel veya kamu alanında tek kurumda çalışmalarının, hastalar üzerinde kaliteli hizmet alımına katkısı var mıdır?**
- ☐ Evet, kesinlikle kaliteli hizmet almalarını sağlar
 - ☐ Kısımen, kaliteli hizmet almalarını sağlar
 - ☐ Hayır, kesinlikle kaliteli hizmet almalarını sağlamaz
- vi. Tam Gün Yasasının kamu sağlığı hizmetlerinin daha etkin ve verimli yapacağını düşünüyor musunuz?**
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
 - ☐ Kısımen

	TAM GÜN YASASI -ANKET	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Tam Gün Yasasıyla birlikte kamu hastanelerinde hekimler daha kaliteli hizmet üreteceklerdir.	1	2	3	4	5
2	Tam Gün Yasasıyla birlikte özel hastaneler daha kaliteli hizmet sunacaklardır.	1	2	3	4	5
3	Tam Gün Yasasıyla birlikte hekimler bütün gün kendi muayenelerinde olacaklarından daha kaliteli hizmet vereceklerdir.	1	2	3	4	5
4	Tam Gün Yasasıyla birlikte üniversite hastaneleri daha kaliteli hizmet sunacaklardır.	1	2	3	4	5
5	Tam Gün Yasasıyla birlikte üniversite hastanelerinde uzman hekim açığı ortaya çıkacaktır.	1	2	3	4	5
6	Tam Gün Yasasıyla birlikte özel hastanelerde uzman hekim sıkıntısı ortaya çıkacaktır.	1	2	3	4	5
	HASTA MEMNUNİYETİ ANKET					
7.	Tanı testleri süresince verilen bilgilerin açıklık ve anlaşılabilirliğinden memnun olurum	1	2	3	4	5
8.	Gidilecek yönlerin hastane personeli tarafından iletilmesinden memnun olurum	1	2	3	4	5
9.	Yatılan odanın konforu, düzeni, temizliği ve havalandırılmasından memnun olurum	1	2	3	4	5
10.	Sağlık çalışanlarının uyuma, beslenme, boşaltım gibi bedensel fonksiyonların yerine getirilmesinde yardımcı olmalarından memnun olurum	1	2	3	4	5
11.	Doktorların nezaket ve yaklaşımından memnun olurum	1	2	3	4	5
12.	Doktorların eve dönerken endişelerinizle ilgili verdikleri bilgiden memnun olurum.	1	2	3	4	5
13.	Sağlık çalışanına ihtiyaç olduğunda ve yardım etmek için çağırıldıklarında yanınıza gelmelerine kadar geçen süreden memnun olurum.	1	2	3	4	5
14.	Doktorların durumunuz hakkında anlayabileceğiniz şekilde açıklama yapabilmesinden memnun olurum	1	2	3	4	5
15.	Doktorların sağlık durumunuz, özel testler ve işlemlerle ilgili verdiği bilginin miktarından memnun olurum	1	2	3	4	5
16.	Sedye veya tekerlekli sandalye ile size taşıyan sağlık çalışanının nezaketinden memnun olurum.	1	2	3	4	5
17.	Doktorların nezaket ve yaklaşımından memnun olurum.	1	2	3	4	5

Anketimiz Bitmiştir. Zaman ayırıp katıldığınız açısından teşekkür ederiz.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : DUMLU, Reha Oğuz
Uyruğu : T.C.

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi / İşletme Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi / İşletme ABD	2008
Lisans	Başkent Üniversitesi / Endüstri Mühendisliği ABD	2003
Lise	TED Ankara Koleji	1999

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2013 - Devam Ediyor.	Ahmet Yesevi Üniversitesi	Eğitim Destek Uzmanlığı
2009 - 2011	TBMM	Milletvekili Danışmanlığı
2008 - 2009		Serbest Danışmanlık
2005 - 2006	Bilkent Cyberpark	İş Geliştirme Uzmanı

Yabancı Dil

İngilizce



