



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI**

**GENEL SAĞLIK SİGORTASININ
ÖZEL SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA VE
HASTA MEMNUNİYETİNE OLAN ETKİLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sümeyye ÖZMEN

**DANIŞMAN:
Prof.Dr. Yusuf ALPER**

BURSA - 2013

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, 7008813009 numaralı Sümeyye Özmen' in hazırladığı “Genel Sağlık Sigortası'nın Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri” konulu Yüksek Lisans Tezi ile ilgili tez savunma sınavı,/...../ 2013 günü - saatleri arasında yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin (başarılı/başarısız) olduğuna (oybirliği/oy çokluğu) ile karar verilmiştir.

Üye (Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu
Başkanı)
Prof. Dr. Yusuf ALPER
Uludağ Üniversitesi

Üye
Prof. Dr. Mahmut YAVUZ
Uludağ Üniversitesi

Üye
Yrd. Doç. Dr. Selver YILDIZ
Uludağ Üniversitesi

..... /..... / 2013

ÖZET

Yazar Adı ve Soyadı : Sümeyye ÖZMEN
Üniversite : Uludağ Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Bilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Tezin Niteliği : Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Sayısı : x + 132
Mezuniyet Tarihi : ... / ... / 2013
Tez Danışmanı : Prof.Dr. Yusuf ALPER

GENEL SAĞLIK SİGORTASI'NIN ÖZEL SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA VE HASTA MEMNUNİYETİNE OLAN ETKİLERİ

Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile birlikte sağlık hizmetlerindeki kamusal ağırlık yerini özel sektörün büyümesine bırakmıştır. Tez çalışması, özel sağlık sektörü başta olmak üzere GSS' nin sağlık hizmetlerine olan etkilerini konu edinmiştir. 2000 ve 2010 yılları arasında ülkemizde sağlık hizmetlerindeki istatistiksel durum, rakamlar düzeyinde yorumlanmıştır. Ayrıca Bursa'da özel bir hastane uygulama örneği olarak seçilmiş ve yöneticileriyle görüşme yapılmıştır. İlgili Hastane' de Sağlık Bakanlığı (SB)' nin uygulamayı zorunlu tuttuğu "acil servis", "ayaktan" ve "yatan" hasta memnuniyet anket sonuçları kullanılarak bir araştırma yapılmıştır.

Araştırmada sağlık hizmeti kalitesine dair hasta memnuniyet oranının belirlenmesi ve demografik özellikler ile ilişkilerinin tespiti amaçlanmıştır. Araştırmanın sonucunda hastanenin genel memnuniyet katsayısı 93 olarak iyi bir seviyede bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre daha fazla doktor seçme hakkını kullandığı; evlilerin bekarlara göre daha memnun olduğu bulunmuştur. Ayrıca değişkenlere göre hasta memnuniyeti araştırıldığında sosyal güvence, öğrenim durumu ve meslek gruplarında en fazla SGK Çalışanları, ilköğretim mezunları ve ev hanımlarının memnun oldukları tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmeti Sunucularında Kalite, Hasta Memnuniyeti, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü, Hasta Memnuniyet Anketleri

ABSTRACT

Name and Surname : Sumeyye OZMEN
University : Uludag University
Institution : Social Science Instituion
Field : Labor Economics and Industrial Relations
Branch : Labor Economics and Industrial Relations
Degree Awarded : Master Thesis
Page Number : x + 132
Degree Date : ... / ... / 2013
Supervisor : Prof.Dr. Yusuf ALPER

EFFECTS OF GENERAL HEALTH INSURANCE OVER PRIVATE HEALTH CARE PROVIDERS AND PATIENT SATISFACTION

Upon establishment of General Health Insurance (GHI), precedence by the society to public facilities in health services was replaced with the growth of private health care providers. This study focused on effects of GHI over health services especially over private health care. The circumstance in our territory about health services was discussed in line with statistical figures between 2000 and 2010. In addition, a private hospital in Bursa city was selected as application sample and an interview was made with their administrators. A research was made in the relevant hospital by the use of survey results on satisfaction of patients who came there for recovery as “outpatient”, “inpatient” and in “emergency service”.

In the research, it is intended to find ratio of patient satisfaction about quality of health service and its relation with demographic features. At the end of research, general satisfaction coefficient of this hospital was found to be in good quality as 93 point. It was recognised that women used their right to select physician more than man; that married couples were more satisfied than singles. Furthermore, when a research was made about patient satisfaction as per varying criteria, it was recognized that SSI(Social Security Instution) employees, primary school completers and housewives were utmost satisfied in the categories of social assurance, educational standing and occupational groups, respectively.

Keywords: General Health Insurance, Quality in Health Care Providers, Patient Satisfaction, Quality Measurement in Health Care Services, Patient Satisfaction Surveys.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAY SAYFASI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
TABLolar.....	ix
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI, SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

1. Hizmet Tanımı ve Özellikleri.....	4
2. Sağlık Hizmeti Tanımı ve Özellikleri.....	5
3. Sağlık Hizmeti Türleri	8
3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	8
3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	9
3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	11
4. Sağlık Hizmeti Sunucuları	12
4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucuları	12
4.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucuları	13
4.2.1. Sağlık Merkezleri	13
4.2.2. Hastaneler.....	14
4.2.1.1. Genel Hastaneler	15
4.2.2.2. Özel Dal Hastaneleri	15
4.2.3. Rehabilitasyon Merkezleri	15
4.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Sunucuları	16
5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	16
5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Önemi	16
5.2. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Memnuniyeti.....	19
5.3. Sağlık Hizmetlerinin Kalite Boyutları	21
5.4. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçümü ve Yöntemleri.....	22
5.4.1. Servis Kalite Ölçeği (SERVQUAL)	23
5.4.2. Servis Performans Ölçeği (SERVPERF)	24

5.4.3. Shemwell ve Yavas Ölçeği	25
5.4.4. Hizmet Memnuniyetini Ölçme Ölçeği	25
5.4.5. Sağlık Bakanlığı Hasta Memnuniyeti Ölçme Anketi	26
6. Genel Sağlık Sigortası	26
6.1. Genel Sağlık Sigortası Tanımı ve Amacı	26
6.2. Genel Sağlık Sigortası Gelişimi ve Temel Esasları	27
6.3. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı	29
6.3.1. Prim Ödeyerek Genel Sağlık Sigortalısı Olanlar	30
6.3.2. Primleri Devlet Tarafından Ödenerek Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınan Sağlık Sigortalıları	30
6.3.3. Çalışmaya Bağlı Geliri Olmayan, Ancak Prim Ödeyerek Kapsama Alınanlar	31
6.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Genel Sağlık Sigortası	31
6.5. Genel Sağlık Sigortası ve Sevk Zinciri	33

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI'NIN ETKİLERİ

1. Genel Sağlık Sigortası'nın Ülkemizdeki Etkileri	35
1.1. Sağlık Sistemine Olan Etkileri	36
1.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunucularına Etkileri	38
1.3. İkinci Basamak Kamu İdaresi Sağlık Hizmeti Sunucularına Etkileri	39
1.4. İkinci Basamak Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına Etkileri	40
1.4.1. Süreç	41
1.4.2. Rekabet	44
1.4.3. Sınıflandırma	47
1.4.4. Nicelik	49
1.4.4.1. Yataklı Sağlık Hizmeti Sunucusu Sayıları	50
1.4.4.2. Yataklı Sağlık Hizmeti Sunucusu Yatak Sayıları	51
1.4.5. Sağlık Hizmeti Kullanımı	52
1.4.5.1. Müracaat Sayıları	53
1.4.5.2. Yatan Hasta Sayıları	54
1.4.5.3. Ameliyat Sayıları	56
1.4.6. Mali Değişim	58
1.4.6.1. Sağlık Harcamaları	58
1.4.6.2. Fatura Tutarları	60
1.4.6.3. Ortalama Maliyet	60
1.4.7. Sağlık Personeli	61
1.4.8. Sağlık Hizmeti Kalitesi	62
1.4.8.1. Prosedürde Yapılan Değişiklikler	62
1.4.8.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Göstergeleri	65
1.4.8.2.1. Tıbbi bakım göstergeleri	66
1.4.8.2.1.1. Yatak doluluk(işgal)oranları	67
1.4.8.2.1.2. Ortalama kalış günü	68

1.4.8.2.1.3. Yatak devir hızı	69
1.4.8.2.2. Hizmete dair göstergeler	72
1.4.8.2.3. Hasta geribildirimleri	72
1.5. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Sunucularına Etkileri	74

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BURSA İLİ UYGULAMA ÖRNEĞİ

1. Genel Sağlık Sigortası Sürecinde Bursa İlinde Değişim	77
2. Genel Sağlık Sigortası Sürecinde Uygulama Örneğinde Değişim.....	78
2.1. Uygulama Örneği Genel Veriler.....	78
2.2. Uygulama Örneği Sağlık Göstergeleri.....	80
2.3. Uygulama Örneği Tetkik Sayıları.....	83
2.4. Uygulama Örneği By-Pass Olan Hastalarda Ölüm Oranı	83
2.5. Uygulama Örneği Enfeksiyon Hızı.....	84
2.6. Uygulama Örneği Personel Sayıları	86
2.7. Uygulama Örneği Biyomedikal Cihaz Sayıları	87
3. Uygulama Örneğinde Hasta Memnuniyeti Araştırması	88
3.1. Araştırmanın Önemi	88
3.2. Araştırmanın Amacı.....	89
3.3. Araştırmanın Yöntemi	89
3.4. Araştırmanın Örneklemi	91
3.5. Araştırmanın Kısıtları	92
3.6. Araştırmanın Hipotezleri	93
3.7. Araştırmanın Bulguları	93
3.7.1. Demografik Verilere İlişkin Bulgular	94
3.7.2. Hasta Memnuniyet Ortalamalarına İlişkin Bulgular	97
3.7.3. Hasta Memnuniyetine Etki Eden Değişkenlere İlişkin Bulgular	100
SONUÇ	109
EK 1: Bursa İli Sağlık Hizmeti Sunucuları.....	119
EK 2: Bursa İli Yatak İşgal(Doluluk) Oranı	119
EK 3: Bursa İli Doğum Sayıları.....	120
EK 4: Bursa İli Ameliyat Sayıları.....	120
EK 5: Acil Servis Hasta Memnuniyet Anket Formu	121
EK 6: Ayaktan Hasta Memnuniyet Anket Formu	122
EK 7: Yatan Hasta Memnuniyet Anket Formu	123
KAYNAKLAR.....	124
ÖZGEÇMİŞ	131

KISALTMALAR

BAĞ-KUR	Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BT	Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EFQM	European Foundation for Quality Management
EUROPEP	European Patients Evaluate General / Family Practice
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HKS	Hizmet Kalite Standartları
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Comissions International
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
MEDULA	Medikal Ulak
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
OHSAS	Occupational Health and Safety Assessment Series
PEM	Patient Evaluation Measure
SB	Sağlık Bakanlığı
SERVPERF	Service Performance
SERVQUAL	Service Quality
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
WONCA	The World Organization of Family Doctors

TABLÖLAR

Tablo 2.1.	Yataklı Sağlık Hizmeti Sunucusu Sayıları (2000 – 2010).....	50
Tablo 2.2.	Kamu İdaresi ve Özel Sağlık Hizmeti Sunucusu Yatak Sayıları	52
Tablo 2.3.	Sağlık Hizmeti Sunucusuna Göre Müracaat Sayıları	53
Tablo 2.4.	Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başına Hastane Müracaat Sayısı.....	54
Tablo 2.5.	Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayıları	55
Tablo 2.6.	Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayısı.....	56
Tablo 2.7.	Büyük – Orta – Küçük Gruplarına Göre Ameliyat Sayıları	57
Tablo 2.8.	Sağlık Harcamalarının Sektörlere Göre Dağılımı.....	59
Tablo 2.9.	Sağlık Hizmeti Sunucusuna Göre Fatura Tutarı	60
Tablo 2.10.	Sağlık Hizmeti Sunucusuna Göre Ortalama Maliyet.....	61
Tablo 2.11.	Aktif Çalışan Toplam Hekim Sayısı.....	62
Tablo 2.12.	Yıllara ve Sektörlere Göre Yatak Doluluk Oranları	67
Tablo 2.13.	Yıllara ve Sektörlere Göre Hasta Ortalama Kalış Günü	69
Tablo 2.14.	Yıllara ve Sektörlere göre Yatak Devir Hızı	70
Tablo 2.15.	2010 Yılı Kurumlara Göre Sağlık Göstergeleri	71
Tablo 3.1.	Ayaktan ve Yatan Hasta İstatistikleri	79
Tablo 3.2.	Uygulama Örneğinde Sağlık Göstergeleri.....	81
Tablo 3.3.	Laboratuvar ve Radyoloji Tetkikleri.....	83
Tablo 3.4.	By-Pass Olan Hastalarda Ölüm Oranı	83
Tablo 3.5.	Uygulama Örneği Enfeksiyon Hızı Raporu.....	85
Tablo 3.6.	Uygulama Örneği Personel Dağılımı.....	86
Tablo 3.7.	Uygulama Örneği Biyomedikal Cihaz Sayısı.....	87
Tablo 3.8.	Acil Servis Frekans Dağılımı.....	94
Tablo 3.9.	Poliklinik Hastaları Frekans Dağılımı	95
Tablo 3.10.	Servis Hastaları Frekans Dağılımı	96
Tablo 3.11.	Uygulama Örneğinde Hasta Memnuniyeti Katsayıları.....	97
Tablo 3.12.	Medeni Durum İle Temizlik ve Mahremiyet Algısına İlişkin Bulgular	100
Tablo 3.13.	Öğrenim Durum İle Mahremiyet Algısına İlişkin Bulgular	101
Tablo 3.14.	Hasta Bağlılığı İle Hastane Tercihine İlişkin Bulgular.....	102
Tablo 3.15.	Cinsiyet İle Doktor Seçme Hakkını Kullanmaya İlişkin Bulgular	102
Tablo 3.16.	Medeni Durum İle Doktorun Bilgi Verip Zaman Ayırdığı Algısına İlişkin Bulgular.....	103
Tablo 3.17.	Sosyal Güvence İle Doktorun Bilgi Verip Zaman Ayırdığı Algısına İlişkin Bulgular.....	103
Tablo 3.18.	Sosyal Güvence İle Doktorun Kibar ve Saygılı Olduğu Algısına İlişkin Bulgular	104
Tablo 3.19.	Sosyal Güvence ve Hastaneyi Tavsiye Etmeye İlişkin Bulgular.....	104
Tablo 3.20.	Meslek İle Hastanedeki Hizmetin İyi Olduğu, Temizlik Personelinin Kibar ve Saygılı Olduğu Algısına İlişkin Bulgular.....	105
Tablo 3.21.	Meslek İle Yemekleri Lezzetli Bulmaya ve Odadaki Eşyaların Çalışır Olduğuna İlişkin Bulgular	106

Tablo 3.22.	Hasta Bağlılığı İle Hastaneyi Tavsiye Etmeye İlişkin Bulgular	106
Tablo 3.23.	Öğrenim Durumu İle Yemekleri Lezzetli Bulmaya İlişkin Bulgular	107
Tablo 3.24.	Hastanın Tedavi Olduğu Kat İle Odadaki Eşyaların alışır Olduğuna İlişkin Bulgular.....	107
Tablo 3.25.	Hastanın Tedavi Olduğu Kat ve Yemekleri Lezzetli Bulmaya İlişkin Bulgular	108

GİRİŞ

Kişinin ve toplumun sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve adil olarak faydalanması, toplumun temelini oluşturan ve bireyin doğarken elde ettiği temel haklardan biridir. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin teminini garanti altına alacak kurum ise, devlettir. Özellikle sosyal devlet misyonu, tüm vatandaşları kapsayan, eşit, adil sağlık hizmeti sunmayı ya da bu hizmeti temin etmeyi gerektirmektedir.

Ülkemizde 2000' li yıllar öncesinde hem sağlık hizmeti sunan hem de finansmanını sağlayan devlet; 2000' li yılların ortalarından itibaren artık sağlık hizmetinin tek alıcısı durumunda, sağlık hizmeti sunma fonksiyonunu ikinci plana bırakarak özel sağlık hizmeti sunucularına daha fazla imkanlar tanıyan, sağlık hizmeti piyasasını organize ve kontrol eden bir pozisyona gelmiştir. Kamu ağırlıklı olan sağlık sektörü özeline desteklenmesiyle ve yeni düzenlemelerle, bu ağırlığını özel sağlık hizmeti sunucularına bırakmıştır.

Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR)' nun Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleşmesi, tüm vatandaşların sağlık sigortası kapsamına alınması ve primli bir rejim haline gelmesiyle Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmuştur. GSS ile birlikte ülkemiz sağlık sektöründe önemli değişimler yaşandığı bilinmektedir. Bu çalışma; bu değişimlerin incelenmesi, özel sağlık hizmeti sunucularına yönelik etkilerinin yorumlanması üzerinde durmaktadır.

Sağlıkta dönüşüm ve GSS sürecinde sağlık hizmeti sunucuları içerisinde en önemli atılım, özel hastanelerde yaşanmıştır. GSS sonrası vatandaşların özel sağlık hizmeti sunucularını tercih şansı doğduğundan; GSS' nin özel sağlık hizmeti sunucuları niceliklerine, personel sayılarına, teknolojik yapılarına, hizmet kalitesine olumlu ve olumsuz pek çok etkisi olmuştur. Artan özel sağlık hizmeti sunucusu ve müracaat sayılarının sağlık hizmeti kalitesinde düşümlere sebep olup olmadığı önemli bir sorundur. Artan hasta sayısına karşılık sağlık personelinin ne derecede cevap verdiği, hasta memnuniyetinin sağlanıp sağlanmadığı ise diğer bir sorun konusudur.

Buradan hareketle, bu tez çalışmasında öncelikli konu özel sağlık hizmeti sunucuları olmak üzere; GSS' nin etkilerinin neler olduğu ve boyutları derinlemesine incelenmiştir. Ayrıca tablo ve istatistiklerden yararlanılarak bazı tespitlerde bulunulmuştur. Bursa' da ön sıralardaki A sınıfı özel hastanelerden biri, uygulama örneği olarak seçilmiştir. 2010 yılında

yapılan sınıflamada 906,4 puanla, Bursa' daki üniversite ve özel hastaneler arasında 1. sırada ve Türkiye çapında 7. sırada yer almıştır¹. Araştırmanın yapıldığı uygulama örneği olarak seçilen hastane, çalışmada içerisinde bundan sonra (İlgili Hastane) olarak isimlendirilmiştir.

İlgili Hastane' nin verileri, Bursa ili ve ülke verileri ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca hasta memnuniyet anketleri üzerinde hipotezler belirlenerek analizler uygulanmıştır. Demografik veriler ile hasta memnuniyet ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Bu araştırmanın, uygulamaya konulan GSS' nin sonuçları tam olarak belirlenmeden sistem oturtulmaya çalışıldığından; bu tür bilimsel çalışmaların sağlık bürokratlarına ve üst düzey yöneticilere ışık tutacağı, sorunların tespit edilmesi ve olumlu gelişmelerin göze çarpmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Yeni bir uygulama olduğundan literatürde GSS' nin özel sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık hizmeti kalitesine etkilerinin değerlendirildiği herhangi bir araştırma bulunmamaktadır. Bu tez çalışması, alanda ilk olma özelliği taşımaktadır. Referans olma yönünde artıları olmasına rağmen, bazı sınırlılıkları da vardır. Araştırma safhasında karşılaştırma yapma imkanının olmaması ve kaynak bulma gibi zorlukları da bulunmaktadır.

Yıllar içerisinde farklı kurumların duyurduğu istatistiki bilgilerde çelişkilerle karşılaşıldığından güçlükler yaşansa da, ortak doğru verilere ulaşılmaya çalışılarak veriler tek bir tablo haline getirilebilmiştir.

Uygulama örneğinde sağlık hizmeti kalitesinin en önemli ölçütü olarak hasta geri bildirimleri değerlendirilmesi amacıyla bir araştırma yapılmıştır. Yöntem olarak, Sağlık Bakanlığı (SB) hasta memnuniyeti ölçme anketi kullanılmıştır. Uygulama örneğinde GSS öncesi henüz anket çalışmaları sistemli olmadığından o yıllara dair anket çalışması bulunmamıştır. Hasta hakları bölümünün kurulmasından sonra, anketler daha düzenli toplansa da hastalar ankete isim, meslek vb. demografik verileri doldurmama eğilimi göstermişlerdir. Ayrıca anketlerde çıkan sorunlara üst yönetimle görüşülerek, acil çözümler bulunmuştur. Anket formları kısa süre sonra imha edilerek yalnızca yüzde oranları ve sorun başlıkları rapor halinde saklanmıştır. Bu raporlar bilimsel analizlere imkan tanımamıştır. Kalite bölümünün kurulması ve hizmette kalite standartları uygulamaları neticesinde 2011 yılında SB' nin zorunlu tuttuğu uygulanan demografik bilgilerin dahil olduğu sistemli bir anket formuna ulaşılmıştır. Bu anketler üzerinden istatistiksel çıkarımlar yapılmıştır.

¹ http://www.saglikaktuel.com/file/ozel_hastane_ile_vakif_universite_hastanelerinin_puanlandirilma_listesi.pdf, (25.01.2013), s. 1.

Analizler sonucunda çıkan yüksek memnuniyet oranının hizmet kalitesinin yüksekliğinden kaynaklansa dahi, hastaların olumsuz düşüncelerini rahatlıkla ifade edememesinden de kaynaklanabileceği ihtimali önemli bir kısıt olarak düşünülmelidir. Hasta, sağlığı hakkında endişe ederek olumsuz yorumları saklayabilmektedir.

Uygulama örneğinin diğer verileri ile birlikte yorum yapılacak olursa; hastaların genel anlamda memnun oldukları ve tekrar bu hastaneyi tercih ettikleri yönünde bulgular çoğunluktadır. Diğer başlıklar da dahil GSS ile birlikte hangi konularda değişimler yaşandığı ve sağlık hizmeti kalitesinin ne yönde etkilendiğine dair çıkarımlar yapılacaktır.

“Genel Sağlık Sigortası’ nın Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri” başlıklı tez çalışması, üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde “Sağlık Hizmeti Sunucuları, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Genel Sağlık Sigortası” başlıklarına dair kavramsal çerçeve tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti tanımı ve özellikleri, türleri, sağlık hizmeti sunucularının basamaklara göre dağılımı, sağlık hizmeti kalitesinin ölçümü ve yöntemleri, GSS amacı, kapsamı gibi bilgilere yer verilmiştir.

İkinci bölümde ise, GSS’ nin ülkemizdeki etkilerine değinilmiştir. Ülke çapında tüm basamaklardaki sağlık hizmeti sunucularının, sağlık istatistikleri tablollaştırılarak çıkarımlarda bulunulmuştur. İkinci basamak özel sağlık hizmeti sunucularının, GSS’ den etkilendikleri konular spesifik olarak incelenmiştir. Süreç, rekabet, sınıflandırma, nicelik, sağlık hizmeti kullanımı, mali değişim, sağlık personeli ve sağlık hizmeti kalitesi başlıkları ayrı ayrı incelenerek tablolarla birlikte yorumlarda bulunulmuştur.

Üçüncü bölümde ise, uygulama örneği tanıtılarak; GSS’ nin öncesi ve sonrası sağlık göstergeleri, enfeksiyon hızı, personel ve biyomedikal cihaz sayıları yorumlanmıştır. Ayrıca SB tarafından hazırlanan ve tüm hastanelerde hasta memnuniyet ölçümünün standartlaştırılması amacıyla zorunlu tutulan “Hasta Memnuniyeti Ölçme Anketi” değerlendirilmiştir. “Acil servis”, “Poliklinik” ve “Yatan” olarak ayrı ayrı hazırlanan anket formu, hastalar üzerinde birebir hasta hakları danışmanları yardımıyla uygulanmıştır.

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, (Hayır: 1 puan; Biraz: 2 puan ve Evet: 3 puana denk gelecek şekilde) puanlandırılacak sorular mevcuttur. İkinci bölüm ise, 6 adet demografik sorudan oluşmaktadır. Anket formlarından elde edilen veriler, SPSS 13.0 kullanılarak değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI, SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

1. HİZMET TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

Soyut olmaları, değişkenlik göstermeleri ve fiziksel ürünlerden ayrılan özellikleri nedeni ile hizmetin tanımlanması oldukça güçtür. Literatüre bakıldığında, birçok hizmet tanımında bunu görmek mümkündür.

Hizmet, bir ihtiyacı gidermede kullanılan, üretimi ve satışı bir ürüne bağlı olan ya da olmayan, gerçekte fiziksel olarak dokunulamayan, mülkiyeti sürekli üretende kalan ve belirli bir fiyat nispetinde satışa sunulan soyut eylemler, yararlar ve tatminler olarak açıklanabilir². Hizmetler; soyut, heterojen ve dayanıksızdır. Üretimi ile tüketimi aynı anda gerçekleşir. Genellikle de hizmet sektöründeki kurumlar tarafından sunulan ürünlerdir³.

Hizmet sektörü ise, hizmetten yararlanan kişinin kendisinde veya onun yararına olan bazı değişiklikler meydana getiren, zaman, mekan ve şekil faydası oluşturan endüstrilerdir⁴.

Hizmetleri fiziksel ürünlerden ayıran beş temel özelliği vardır⁵:

- **Soyutluluk:** Hizmetler, ürünlerde olduğu gibi duyu organları yoluyla(koklama, tatma, dokunma, görme ve işitme) hissedilemez. Bu yüzden satın alınmadan önce içerikleri bilinemez. Ayrıca hizmet sektöründe, üretim sektöründe yapıldığı gibi son safhada kalite kontrolü yapmak da mümkün değildir. Aksine, hizmet verilirken o anda kalite gerçekleşir ya da gerçekleşmez⁶.

² Kerem Karabulut – Şükrü Yapraklı, “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi: Erzurum’da Bir Uygulama”, **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, C. 15, S. 1-2, 2001, <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/IIBD/article/viewFile/3512/3342>, (31.01.2011), s. 118.

³ Muammer Zerenler – Adem Öğüt, “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, S. 18, Konya, http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/makaleler/Muammer%20ZERENLER%20-%20Adem%20%C3%96%C4%9E%C3%9CT/ZERENLER,%20MUAMMER%20VD..pdf, (20.01.2011), ss. 501-502.

⁴ M. Hanifi Aslan, **Hizmet Ekonomisi**, Alfa Yayınevi, İstanbul, 1998, s. 9.

⁵ Karabulut – Yapraklı, a.g.m., ss. 117-118.

⁶ Osman Hayran – Hulki Uz, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, <http://www.merih.net/m1/whulkuz11.htm>, (31.01.2011), s. 3.

- **Dayanıksızlık (Depolanamamazlık):** Hizmetlerin sunulduğu anda tüketilmesi gerekir. Bir diğer ifadeyle fiziksel ürünlerde olduğu gibi depolanıp daha sonradan tüketilemezler. Hizmetler önce satın alınır, sonra üretilir ve bir yandan üretilirken diğer yandan da tüketilirler.
- **Ayrılmazlık (Bölünememezlik):** Hizmetlerin bölünememesi de fiziksel ürünlerden ayrılan bir başka özelliğidir. Hizmetin önce bir kısmı, daha sonra geri kalanı tüketilemez⁷. Sağlık hizmeti için düşünüldüğünde bunun en güzel örneği cerrahi işlem ve ameliyatlardır.
- **Değişebilirlik (Heterojenlik):** Hizmetler, hizmeti kimin verdiği, nerede ve ne zaman verildiğine göre değişebilmektedir. Hizmetin kalite ve içeriği hizmeti sunana göre değiştiği gibi tüketene göre de değişebilmektedir. Sağlık hizmetleri için düşünüldüğünde her bir hasta farklı beklentilere sahiptir. Hastanede aldıkları sağlık hizmetleri kalitesine dair farklı değerlendirmeleri olacaktır. Bu farklılaşmadan dolayı kalite ölçümü de oldukça zordur.
- **Mülkiyet:** Hizmeti alan tüketicinin o hizmetten sadece belirli bir süre için yararlanma hakkı elde etmesini, ancak hizmete ilişkin herhangi bir sahiplik ya da mülkiyet transferi gerçekleşmemesini ifade eder.

2. SAĞLIK HİZMETİ TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı “*sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetleri ise, sağlık hizmeti sunucularında farklı branşlardaki sağlık personelinin yararlanılarak toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek, bu şekilde kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı sistem olarak tanımlanmıştır⁸.

⁷ Ramazan Aksoy, “Zonguldak’ta Ayakta Tedavi Tüketicilerinin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi”, **Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, C. 1, S. 1, 2005, s. 92.

⁸ http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf, (19.08.2011), p. 100.

Diğer bir tanımda sağlık hizmetleri, toplumun insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerden korunması, hasta olanların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal becerileri azalmış olanların ise rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir⁹.

Sağlık hizmetleri, hizmet sektörünün genel özelliklerini taşımakla beraber kendine has dokuz özelliğe sahiptir¹⁰.

- Sağlık hizmetleri personelinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir. Bu seviyeye paralel, ücretleri de yüksek olmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek grupları arasında yüksek düzeyde işbölümü ve koordinasyon gereklidir.
- Sağlık hizmetleri personeli, profesyonel kişilerden oluşur. Bu kişiler kurumsal hedeflerden çok, mesleki hedefleri önemsemektedirler.
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarını önemli ölçüde belirleyen hekimlerin otonomisi üzerinde, tam etkili bir denetim mekanizması kurulamamıştır.
- Sağlık hizmetlerinde ikili otorite hattı bulunmaktadır. Bu nedenle eşgüdümleşme, denetim ve çatışma sorunları oluşmaktadır.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler, karmaşık ve değişken olduğundan hizmet standartlaştırılmaz. Her hasta için ayrı bir süreç izlenmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Acil nitelikte olduğundan ertelenemez, süreklilik arz eder. Yerine bir başka ürün ya da hizmet konamaz. Kabul etmeme durumunda karşılığının paraya çevrilmesi mümkün değildir. Bedeli pazarlık konusu yapılamaz¹¹.
- Sağlık hizmetleri hata ve belirsizlik kabul etmez. Tolerans gösterilemez.
- Sağlık hizmeti sunucularında yapılan tedavilerin çıktısının tanımlanması ve ölçümü güçtür.

⁹ 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete Tarih:12.01.1961, S. 10705, 1961, md. 2.

¹⁰ Sedat Bostan, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi", <http://www.haksay.org/?q=node/111>, (01.06.2011), ss. 4-5.

¹¹ Ülfiye Çelikkalp v.dğr., "Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti", **Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi**, C.6, S.17, 2011, s. 2.

Sağlık hizmetleri, ekonomik bakış açısı ile değerlendirildiğinde ise sekiz farklı özellik ortaya çıkmaktadır¹².

- *Kamusalılık*: Sağlık hizmetleri yarı kamusal mallar sınıfına girmektedir. Yarı kamusal mallar, tüketimleri sonucunda topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlar.
- *Dışsallık*: Sağlık hizmetlerinin üretimi ve/veya tüketimi sonucunda, diğer sektörlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarında olumlu veya olumsuz etkiler meydana gelebilir.
- *Yararlı Mallar*: Tüketimleri sonucunda dışsal fayda sağlanmaktadır.
- *Devlet Müdahaleleri*: Sağlık hizmetlerinde devlet planlama, yatırım, kontrol ve destek şeklinde müdahalelerde bulunmaktadır. Bu yüzden de tam rekabet şartlarının bulunmadığı, eksik rekabet şartlarının hakim olduğu söylenebilir.
- *Belirsizlik Altında Seçim*: Hastalar alacakları sağlık hizmetinin maliyet ve kalitesi hakkında bilgi sahibi değildirler veya çok az bilgileri vardır. Sağlık hizmeti homojen ve standart olmadığından boyutları tam olarak kestirilemez.
- *Asimetrik Bilgilenme*: Hizmet alan taraf (hasta) ve hizmet veren taraf (hekim) arasında bilgi açısından diğer sektörlerle karşılaştırılmayacak kadar büyük fark vardır.
- *Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi*: Sağlık hizmetine nerede, ne zaman, kimin, ne kadar ihtiyaç duyacağı ve bunun ne kadar süreceği çoğu zaman belli olmadığından rastlantısal olarak talep edilmektedir. Sağlık hizmetleri öngörülemez nitelikte olduğundan, sağlık hizmeti talebi düzensiz bir seyir izler.
- *Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumda Etkilemesi*: Sağlık hizmetlerinin kamusal ve dışsallık özellikleri nedeniyle, sunumunun yetersiz olduğu ya da tüketilmediği durumlarda toplumun tümü zarar görmektedir¹³.

¹² Zeynep Çıraklı – Ferhat Sayım, “Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi”, **T.C. S.B. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı**, ed. Harun Kırılmaz, C. 2, 1. b., T.C. SB Yayın No: 772-2, Ankara, 2009, ss. 349-350.

¹³ Yahya Deryal, “Özel Sağlık İşletmelerinde Hastanın Aydınlatılması ve Rızasının Alınması”, **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.3, S.2, 2006, s. 112.

3. SAĞLIK HİZMETİ TÜRLERİ

Sağlık ihtiyacı göz önüne alındığında, farklı sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanma şekillerine göre sağlık hizmetleri de değişiklik arz eder. Hastalık riski oluşmadan önce “Koruyucu Sağlık Hizmetleri”, hastalık oluştuğunda “Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri” ve tedavi sonrası “Rehabilitasyon Hizmetleri” olmak üzere sağlık hizmetleri üç gruba ayrılmaktadır¹⁴.

3.1. KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Hastalık riski ortaya çıkmadan önce verilen koruyucu sağlık hizmetlerinin, maliyeti düşük ancak etkisi çok yüksektir.

Aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi, halkın eğitilmesi, ana-çocuk sağlığı faaliyetleri, aile planlaması geliştirme, çevresel risk unsurlarının denetimi, verem – sıtma – trahom – frengi – cüzzam denetimi, erken teşhis gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde yer alır.

Sağlık alanı, kamu ekonomisinin tipik bir örneği kabul edilmektedir. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin finansmanı tamamen özel sektöre devredilememektedir. Toplumun sağlığının korunması; devletin görevi olduğundan çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklar gibi koruyucu sağlık hizmetleri genel olarak SB tarafından vatandaşlara ücretsiz olarak sunulmaktadır. Sağlık konusunda tüketiciler yeterince bilgili olmadığından ve sözü edilen bu konular genelde yoksul kesimi ilgilendirdiğinden sağlık alanına devlet müdahalesi olmadan dengelerin bozulabilme olasılığı mevcuttur. Kişi değil, toplum faydası gözetildiğinden ve özel sektörün kar amacına uymadığından; koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda özel sektör pasifken devlet aktiftir.

Sağlık sektöründe kamu idaresi ve özeline payı konusunda ülkeler arasında farklılıklar mevcuttur. Gelişmiş ülkelerde devletin sağlık alanında etkili bir şekilde bulunduğu,

¹⁴ Nusret H. Fişek, **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi – Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No: 2, Ankara, 1985, s. 1.

düzenleyici ve denetleyici durumunun yanı sıra finansmanda da etkili olduğu gözlenmektedir¹⁵.

Sağlık evi, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, halk sağlığı laboratuvarı, aile ve toplum sağlık merkezleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, MSB'nin sağlık üniteleri ve kurum hekimlikleri kamu adına koruyucu sağlık hizmeti veren birimlerdir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti kalitesi göstergelerinden biri olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde en başta gelen etkidir. Aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi aracılığıyla birçok hastalığın ayrıca verem, sıtma gibi bulaşıcı hastalıkların başka hastalara bulaşmadan önüne geçilebilmektedir. Bulaşıcı olmayan ancak ciddi oranda ölümlere sebep olan kalp-damar hastalıkları, kanser gibi hastalıkların önlenmesi için ise tütün kullanımının azaltılması, düzenli beslenmenin sağlanması, obezite ile savaş gibi çalışmalar da yürütülmektedir.

Annelere verilen eğitimlerle evde doğumlar azaltılarak, anne – bebek ölümleri oranlarında düşüş ve aşıli çocuk sayısında artış sağlanmaktadır.

3.2. TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Hasta olmaları önlenemeyen kişilerin hastalıklarının ortaya çıkması durumunda kişileri tekrar sağlıklı duruma getirmek için ortaya konan sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri sorumlu bir hekim eşliğinde, diğer sağlık personeli katkılarıyla verilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel gayeler ön plandadır¹⁶. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde, hizmeti kullanan kişi hizmetten doğrudan yararlanmaktadır. Ancak hastanın bir klinikte yatarak tedavisinde, toplumun diğer fertlerine hastalığın bulaşma ihtimalini azalttığı ölçüde dışsal fayda sağlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinden bir diğer farkı, serbest piyasa şartlarına uygun olmasıdır. Devlet tarafından verilen sağlık hizmetlerine ek olarak özel müteşebbislere de hastane açma şansı tanınmaktadır.

¹⁵ Aslıhan Büyüksavaş, Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları ve Çözüm Önerileri: Isparta ve Antalya Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Isparta, 2010, s. 29.

¹⁶ Savaş Yıldırım, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Uzmanlık Tezi, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları No. 2350, Ankara, 1994, s. 13.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği de fiziki olarak hastanın vücudu üzerinde uygulanmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki gibi aşılama, erken teşhis, aile planlaması yerine ilaçla tedavi, ameliyat gibi işlemler yapılmaktadır. Bunun için öncelikle hastanın tedaviye ihtiyacı olduğunu fark etmesi ve tedavi için istekli olması gerekir. Tedaviler acı verebilir, uzun süreli ve sonucu belirsizdir. Bu yüzden hastalar tedavi taleplerinde yeterli bilgiye sahip olamayabilirler.

Tedavi hizmetleri “**Ayakta tedavi**”, “**Yataklı tedavi**” ve “**Evde bakım**” şeklinde sınıflandırılabilir. Ayakta tedavi, poliklinik hizmetleri ve muayeneleri kapsar. Yataklı tedavi ise; hastaların servislerde yatarak müşahade ve tedavilerini kapsar. Evde bakım ise; ağır hasta, yaşlı, engelli, felçli, yatalak vb. gibi evinden dışarıya çıkamayacak durumda olan hastaların aile ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleridir.

Yataklı tedavi hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri içerisinde en pahalı olanıdır¹⁷. Yataklı tedavi sırasında servislerde harcanan ilaç, sarf malzemeleri, doktor ve hemşirelik bakım ücretleri maliyetleri yükseltmektedir. Aynı zamanda ayakta tedavi yapılan poliklinik muayeneleriyle kıyaslandığında hastaya uygulanan ameliyatlara başlı başına kompleks ve maliyeti yüksek olan sağlık hizmetleridir. Uzmanlaşmış ameliyat ekibinin ücretleri hastanenin en büyük giderleri arasında olduğu gibi; kullanılan teçhizat, ekipman, donanım, ameliyat sırasında uygulanan ilaç, solüsyon, anestezi ürünleri, steril malzeme, yardımcı tıbbi malzeme ve protez vb. ürünlerin tümü de yüksek bedelli ürünlerdir.

Yataklı tedavi hizmetleri kapsamında yer alan ameliyat ve servis giderlerine ilave olarak, yoğun bakım giderlerine de değinmek gerekir. Yoğun bakımda uzun süreli yatan ağır durumda olan hastalar ve prematüre bebekler sürekli bakıma muhtaçtırlar. Bu özel koşullarda kullanılan cihazlar yüksek teknolojiye sahiptirler ve pahalıdırlar. Uzmanlaşmış doktor ve hemşirelerin ücretleri, hastaların tedavi (ilaç ve uygulamalar) giderleri, cihazların, hasta yataklarının bakım giderleri ve anjiyografik tetkikler oldukça maliyetlidir.

Ülkemizde sağlık talebi tedavi edici sağlık hizmetleri üzerine yoğunlaştığından koruyucu sağlık hizmetleri ihmal edilmektedir. Aile sağlığı merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde yoğunluk yaşanmazken, hastanelerde çocuk ve kadın doğum polikliniklerinde yığılmalar olmaktadır. GSS ile birlikte bu dengesizliğin düzeltilmeye çalışıldığı izlenmektedir. Aile hekimliği sisteminin devreye sokulmasıyla öncelikle koruyucu

¹⁷ Çıraklı – Sayım, a.g.e., s. 4.

tedbirlerin alınması, ilaç tedavisi ve daha sonra ameliyat gerekli ise; 2. ve 3. Basamak sağlık hizmeti sunucularına sevk ile sağlık hizmeti dağılımı sağlanmaktadır¹⁸.

3.3. REHABİLİTASYON HİZMETLERİ

Çeşitli nedenlerle bedenlen veya ruhen engelli olanlar ve işgücünü kaybedenlere; başkasına bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürebilme, işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yönelik hizmetlere, rehabilitasyon hizmetleri denir. Rehabilitasyon hizmetleri ekibinde fizik tedavi uzmanı, fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi kişiler yer almaktadır. Rehabilitasyon uzun süreçli bir tedavidir, hastaların iyileşmeleri yıllar alabilir.

Bir nedenle engelli olanlar ve işgücünü kaybedenler ruhsal olarak çöküntü içerisine girmektedirler. Aynı zamanda ekonomik açıdan bakıldığında da, kayıp olarak göze çarpmaktadır. Bu nedenle engellilerin ve işgücünü kaybedenlerin en kısa sürede tekrar çalışma hayatına kazandırılmaları hem kendi psikolojileri, aileleri ve çevreleri için, hem de ülke ekonomisine katkıları olacağından büyük önem taşımaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri bu noktada devreye girmekte ve bu önemli boşluğu doldurmaktadır.

Devletin bir görevi de rehabilitasyon hizmetlerini organize etmek olduğu gibi, öncesinde riskleri azaltmaktır. Ülkede işgücü kayıpları gerek sigara, uyuşturucu ve ilaç kullanımı gibi kişilerin sağlıklarına dikkat etmemelerinden kaynaklanan kendi hatalarından dolayı, gerekse işyerinde meydana gelen bir kaza gibi istemeden oluşabilmektedir. Bu riskleri azaltmak kişilerin kendi ellerinde olduğu gibi oluşacak kazaların önüne geçmek veya en aza indirmek devletin, eğitimcilerin ve bilim adamlarının görevidir.

Rehabilitasyon hizmetleri “**Tıbbi rehabilitasyon**” ve “**Sosyal rehabilitasyon**” olarak ikiye ayrılır¹⁹. Tıbbi rehabilitasyon, kişideki engellerin cerrahi ve tıbbi müdahaleler ile hekim ve diğer sağlık personeli tarafından kaldırılmaya çalışılmasıdır. Sosyal rehabilitasyon ise engelinden dolayı çalışmayan kişilere iş bulma, iş öğretme, işe uyum sağlamalarına yardımcı olma gibi hizmetlerdir.

Rehabilitasyon uygulamalarıyla kişiler eski durumlarına ulaşmasa bile hafif işleri (yeme - içme, elbise giyip çıkarma, değnekli veya değneksiz yürüyebilme) yapacak duruma

¹⁸ T.C. SB, “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu”, ed. Recep Akdağ, Yayın No: 749, Ankara, 2008, ss. 64-66.

¹⁹ Savaş Yıldırım, a.g.e., s. 13.

gelebilmektedirler. Hatta çalışma hayatına dahi dönebilmektedirler. Bir kolunu kaybeden kişi diğer kolunu aktif kullanmayı öğrenebilmektedir. Bacaklarında güç kaybı olan bir kişi santral gibi oturarak yapabileceği işleri başarıyla sürdürebilmektedir.

4. SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI

Toplumda sağlığın tesisi birinci, ikinci ve üçüncü olarak derecelendirilmiş basamaklarda bulunan sağlık hizmeti sunucuları ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini sunan ve/veya üreten; yatarak ve/veya ayakta tedavi hizmeti veren; gerçek kişiler ile kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubeleri sağlık hizmeti sunucularını oluşturmaktadır²⁰.

Sağlık hizmeti sunucuları, ürettikleri temel sağlık hizmeti ölçüt alınarak incelendiğinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları olarak üç gruba ayrılmaktadır.

4.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların evde ve yataksız sağlık hizmeti sunucularında; ayakta, koruyucu hizmetlerle bir arada verilen tedavilerdir. Birinci basamak sağlık hizmeti, sosyal sorumluluk amacı öne çıkan *kamu idaresi* ve sosyal sorumluluk amacı yerine kar amacı öne çıkan *özel* nitelikli sağlık hizmeti sunucuları tarafından olmak üzere iki yoldan karşılanabilmektedir.

Sağlık evi, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, halk sağlığı laboratuvarı, aile sağlığı birimleri, aile ve toplum sağlığı merkezleri ile SB ile aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, belediyelere ait poliklinikler, MSB'nin birinci basamak sağlık üniteleri ve kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularıdır.

²⁰ 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Resmi Gazete Tarih: 16.06.2006, S. 26200, 2006, md. 3.

Özel poliklinikler, özel tanı ve tedavi merkezleri, işyeri hekimleri, sağlık kabinleri, ağız ve diş sağlığı hizmeti veren diş poliklinikleri de birinci basamak özel sağlık hizmeti sunucularıdır.

4.2. İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI

İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların yataklı sağlık sunucularındaki tedavileridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine göre daha maliyetlidir. Yatarak tedavi gören hastaların ilaç, ameliyat, sarf, bakım için gerekli olan cihaz, personel gibi giderleri sağlık hizmeti maliyetini artırmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmeti sunucuları da *kamu idaresi* ve *özel* sağlık hizmeti sunucuları olarak iki gruba ayrılır.

Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, SB' ye bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri, Tıp Fakülteleri' nin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri ile Milli Savunma Bakanlığı (MSB)' nin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezi ve dal merkezleri, ikinci basamak kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularıdır.

Gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait olup; ayakta ve yatarak muayene, tahlil, tetkik, tıbbi müdahale, ameliyat, tıbbi bakım ve diğer tedavi hizmetleri veren özel hastaneler ile tıp merkezi, özel dal ve teşhis merkezleri ikinci basamak özel sağlık hizmeti sunucularıdır.

Kamu idaresi (devlet) ve özel ayrımı olmadan genel bir değerlendirme yapıldığında ikinci basamak sağlık hizmeti içerisinde sağlık merkezleri, hastaneler ve rehabilitasyon merkezleri yer almaktadır.

4.2.1. Sağlık Merkezleri

Acil vakalar, doğum anı yaklaşan hamileler, ateşli ve küçük müdahale gerektiren ayrıca kısa zamanda iyileşmesi mümkün görülen hastaların, branşlarıyla ilgili görev yapan hekimler tarafından kabul ve tedavi edildiği merkezlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile acil tedavi hizmetlerini bünyelerinde bütünleştirmişlerdir.

Ağrı, cerrahi, çocuk hastalıkları, dermatoloji & akupunktur, diş, diyaliz, engelli çocuklar eğitim, estetik cerrahi, göz, göğüs kalp damar cerrahisi, hemodiyaliz ve taş kırma, iç hastalıkları, kadın doğum, kardiyoloji, kulak burun boğaz, nöroloji, onkoloji, ortopedi, psikiyatri, tüp bebek, uyku bozuklukları ve üroloji merkezleri; sağlık merkezlerine örnek olarak gösterilebilmektedir.

4.2.2. Hastaneler

Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphedenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, hamilelerin ayakta ve / veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tetkik, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yaptırılan genellikle hem tıbbi hem de cerrahi koşullar için gerekli imkanlarla donatılmış kurumlardır²¹.

DSÖ, hastaneleri; profesyonel olarak eğitilmiş sağlık personeli tarafından hastaların kontrol altında tutuldukları, tanı ve tedavilerinin yapıldığı, ek olarak rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği sağlık kurumları olarak tanımlamıştır²².

Hastanelerde hizmetlerin yürütülmesi ve her türlü sorumluluk başhekimlerin sorumluluğundadır. Bir vakfa ait olan hastanelerin ise en üst kademesinde yönetim kurulu yer almaktadır.

Hastaneler, *kamu idaresi* ve *özel* olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kamu idaresi hastaneleri, devlet hastaneleri, belediyelere ve MSB' ne bağlı hastanelerdir. Özel hastaneler, kamu idaresi hastaneleri dışında, gerçek ve tüzel kişilere ait olup, kar amacı ile kurulan hastane tanımı içerisindeki ayakta ve yatarak verilen tüm hizmetleri sunan kuruluşlardır.

Kamu idaresi hastaneleri ve özel hastaneler; faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına ve hizmet verilen uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre “**Genel hastaneler**” ve “**Özel dal hastaneleri**” olarak iki ana sınıfa ayrılmaktadır.

²¹ T.C. S.B. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 13.01.1983, S. 17927, 2005, md. 4.

²² Emel Güden – Ahmet Öksüzkaya – Kadir Çetinkara, “Kayseri İli Kamu Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Standartlarının Değerlendirilmesi”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Yıl 1, S. 2, 2010, s. 145.

4.2.1.1. Genel Hastaneler

Yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, acil vakaların ve bünyesindeki birden fazla uzmanlık dalıyla ilgili her türden hastanın sürekli ve düzenli olarak kabul edildiği, yirmi dört saat sürekli ve düzenli olarak ayaktan ve yatarak hasta muayene, teşhis ve tıbbi bakım, yoğun bakım hizmetlerinin yürütüldüğü hastanelerdir. Bünyesinde tüm branşlara ait doktorların ve yoğun bakım üniteleri, radyoloji, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarı gibi bölümleri bulunan sağlık hizmeti sunucularıdır.

4.2.2.2. Özel Dal Hastaneleri

Belirli bir yaş ve hastalık grubuna hitap eden, belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon yapıldığı sağlık hizmeti sunucularıdır. Özel dal hastaneleri, branşlarına göre acil yardım ve travmatoloji, çocuk hastalıkları, diş, diyabet, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, göz hastalıkları, kadın doğum ve çocuk hastalıkları, kardioloji, kemik hastalıkları, lepra, meslek hastalıkları, onkoloji, zührevi hastalıklar, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri olarak isimlendirilmektedir²³.

4.2.3. Rehabilitasyon Merkezleri

Organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile; kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza, sakatlık ve işgücü kayıplarının tıbbi rehabilitasyonunu sağlayan, fizik tedavi veren sağlık hizmeti sunucularıdır²⁴. Fizik tedavi, eğitim ve rehabilitasyon merkezleri örnek olarak verilebilmektedir.

²³ T.C. S.B. Özel Hastaneler Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 27.03.2002, S. 24708, 2002, md. 5-7.

²⁴ Çetin Akar – Hüseyin Özalp, **Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim**, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1999, ss. 56-57.

4.3. ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI

Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları, özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belirli bir hastalığa yakalanan kişilere, en geniş imkanlar ile hizmet sunan, araştırma ve eğitim fonksiyonlarına sahip yataklı sağlık hizmeti sunucularıdır.

Kamu idaresine bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite tıp fakültelerinin bulunduğu ilde kurulu sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, MSB' ye bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, vakıflara ait eğitim ve araştırma hastaneleri bu grupta bulunmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık hizmeti diğer basamaklardakinden daha maliyetlidir. Ağır ve kronik hastaların tedavileri için uzun süren tetkik ve araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaların iyileşmesinde görevli personel başta profesörler olmak üzere uzman ve asistan hekimlerdir ayrıca diğer sağlık personeli de tecrübeli uzmanlaşmış kişilerdir. Mesleklerinde en yüksek yerlerdeki personelin ücretleri yüksek olduğu gibi kullandıkları ileri teknolojiler de sağlık hizmeti maliyetini artırmaktadır.

5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

5.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI VE ÖNEMİ

Günümüzde sosyal, ekonomik, siyasal ve kültürel alanlarda yaşamımızı etkileyen en önemli kavramlardan biri kuşkusuz “kalite” olmuştur. Yüzyılımızda her alanda görülen hızlı değişim, sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek gerekli kaynakların verimli bir şekilde kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyetli davranılması ve hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması ile mümkün olabilmektedir²⁵.

Kalite, “kullanıma ve spesifikasyonlara uygunluk”²⁶ ve “ürünün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılayabilme kapasitesi” olarak tanımlanmaktadır²⁷. Hizmet kalitesi ise; tüketicinin hizmeti kullanımından sonra hizmete ilişkin beklentileri ile hizmeti

²⁵ Hayran – Uz, a.g.m., s. 11.

²⁶ İsmail Efil, **Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi**, Alfa Yayınevi, 1999, s. 6.

²⁷ Bostan, “Sağlık Hizmetlerinde ...”, a.g.m., s. 2.

algılamalarının karşılaştırılmasıdır. Beklenen hizmet ile algılanan hizmetin arasındaki farkın azlığı ölçüsünde o hizmetin kaliteli olduğundan söz edilir²⁸.

Kaliteli sağlık hizmeti, kaliteyi amaç edinmiş yöneticilerce “doğru” işi, “doğru” kişiye, “doğru” zamanda, “doğru” yol ve, “doğru” araçlar kullanarak ve profesyonel bilginin ışığında mümkün olan en iyi sonucu elde ederek verebilmektir. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların, bakıma muhtaçların hukukunu yüksek düzeyde koruyarak sağlık ihtiyaçlarını güvenli bir şekilde karşılamak için kaynakları yeteri kadar kullanarak, en etkili yolla organize eden hizmetler bütünlüğüdür²⁹.

Sağlık hizmetlerinde kaliteden söz edildiğinde; yatan hastaların iyileşme oranları, tıbbi istatistiklerde standartlara yakınlık, hastaların ve çalışanların memnuniyeti, maliyetlerin düşürülerek kurumun kar edebilmesi, cirosunun artması ve sosyal fayda temel bileşenler olarak göze çarpmaktadır. Kaliteli sağlık hizmeti sunumunu engelleyen sorunlardan söz edildiğinde ise Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen beş başlıktan oluşan biçimsel bir model mevcuttur³⁰.

a) *Hasta beklentileri ile yöneticilerin algıları arasındaki fark:* Yöneticiler hastaların beklenti ve isteklerini her zaman doğru algılayamazlar. Örneğin, hastane yöneticisi hastaların daha konforlu yatak beklediğini düşünürken, hasta için sessiz bir ortam daha çok arzulanabilir.

b) *Yöneticilerin algıları ile hizmet özellikleri arasındaki fark:* Yöneticiler hasta beklenti ve isteklerini doğru olarak algılasa da, hastanın ihtiyacını giderecek acil hizmetleri fark etmekte yetersiz kalabilir. Örneğin; yönetici, hemşireye hızlı hizmet vermesi gerektiğini söylerken; hastaya müdahale edilmesi gereken aciliyet hızını tanımlayamayabilir.

c) *Hizmet tanımıyla hizmetin sunulduğu arasındaki fark:* Hizmet özellikleri iyi tanımlansa da, hizmeti sunan personel hizmetin sunumu sırasında yetersiz kalabilmektedir. Deneyimsiz personel hizmet standartlarını tutturamadığı için hizmet layıkıyla gerçekleşmemiş olacaktır.

²⁸ Karabulut – Yapraklı, a.g.m., s. 119.

²⁹ Sabahattin Aydın, “Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri”, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/kalite_gvenlik.pdf, (31.01.2011), s. 1.

³⁰ Aksoy, a.g.m., ss. 94-95.

d) *Hizmetin sunumuyla kurumun vaatleri arasındaki fark:* Tüketicinin beklentileri büyük ölçüde kurumun reklam, satış elemanı, tanıtım, satış promosyonu gibi iletişim araçlarıyla duyurduğu bilgilerden etkilenir. Kurumun vaat ettiği hizmet özelliklerinin abartılması durumunda hastada yüksek bir beklenti oluşacaktır. Yüksek beklentinin sonucunda sunulan hizmet vaat edilenin gerisinde kalırsa, tüketicinin beklentileri karşılanmayacaktır. Örneğin; bir sağlık hizmeti sunucusu, broşürlerinde çok temiz ve bakımlı odalar vaat ediyorken; hastaya bunu gösterilen kalitede sunamıyorsa, hasta beklentileri kesinlikle karşılanamayacaktır.

e) *Hastanın beklediği hizmet ile algıladığı hizmet arasındaki fark:* Bazı durumlarda tüketici sunulan hizmeti yanlış algılayabilir. Bu durumda aslında standartlara uygun olarak yapılan hizmet tüketici tarafından yanlış algılanabilir. Örneğin, bir doktor prosedüre uygun olarak hastasını düzenli ve sık olarak ziyaret ederken, hasta bu ilgiyi kendisinde olumsuz bir durumun varlığı şeklinde yorumlayabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin konusu doğrudan insan yaşamı olduğundan, hizmet sunumunda oluşan yetersizliğin ve yapılacak hataların tamir edilememesinden dolayı, sağlık sektöründeki ve diğer hizmet sektörlerindeki kalite kavramı paralel değerlendirilememektedir. Sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri ve sağlık sisteminde oluşan yeniden yapılanma anlayışı sebebiyle; sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemi, her geçen gün artırmaktadır³¹.

Sağlık hizmetlerinde;

- “Verilen hizmeti önceleyen”,
- “Sistemi önceleyen”
- “Toplum sağlığını önceleyen” 3 farklı yaklaşım tespit edilmiştir³².

“Verilen hizmeti önceleyen” bakış açısında, sağlık hizmeti alan hastaya verilmekte olan hizmetlerin kalitesi ve güvenliği odak nokta olarak seçilir. **“Sistemi önceleyen”** yaklaşımda sistemin kalitesi, hastanın tedavi olduğu serviste iyi hizmet görmesi yanında, diğer servislerin de birbiriyle olan doğru iletişimini göz önünde bulundurur. **“Toplum**

³¹ Filiz Aslantekin v.dğr., “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr.Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği”, **Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi**, C. 2, S. 6, 2007, s. 59; Çıraklı – Sayım, a.g.e., s. 355.

³² Aydın, a.g.m., s. 1-3.

sağlığını önceleyen” yaklaşımda ise, sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu halde herhangi bir kuruma başvurmayan kimseleri kapsar. Fakirler, evsizler, riskli gruplar ve kronik hastalığı olanların sağlık seviyelerinin korunması ve yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi ile sağlığın teşviki için sağlık dışındaki diğer sektörlerle olan ilişkileri koordine etme hizmetlerini kapsar.

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı hizmeti sunanlar, hizmeti alanlar ve halkın hizmet düzeyini yükseltme sorumluluğu taşıyan otoriteler açısından farklı değerlendirmelere sahiptir. Asıl önemli olan hizmeti sunanların kalitesini, hizmeti alanların doğru algılamalarını sağlamaktır. Bir sağlık hizmeti sunucusunda hastaların aldıkları hizmete ilişkin algılamaları *algılanan kalite* olarak tanımlanmaktadır. Bir hastaneye gelen ve gelme ihtimali olan hasta ve / veya yakınlarının, tükettikleri veya tüketecekleri hizmetlere yönelik fikir, önyargıları ve beklentilerdir. Algılama faktörü, hastaların beklentilerine, subjektif görüşlerine, kendilerine has özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır³³.

Hizmet kalitesini belirleyen algılanan kalite dışında, *Kurumsal (Teknik) Kalite* olarak nitelendirilen hizmeti sunanların kalite kriterleri de büyük önem taşımaktadır. Hastanın sağlık hizmeti sunucusuna gelişinden doğru teşhis konması ve diğer süreçlerdeki hizmetlerde sorunsuz ilerlenmesi faaliyetlerinden oluşmaktadır. Kurumsal Kalite, bir hastanede üretilen hizmetlerin, yine o hastane tarafından belirlenmiş standartlara uygunluk derecesidir. Bir doktorun klinikteki ve ameliyattaki becerisi, hemşirelerin ilaçları iyi tanınması veya bir laboratuvar teknisyeninin testleri yapmadaki etkinliği ve ölçümlerdeki doğruluk teknik kalite kapsamında değerlendirilebilir. Algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi, genel kalite düzeyini belirlemektedir³⁴.

5.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

1980' lerin başında sağlık hizmetlerinde kalite güvence sistemine bir alternatif olarak Toplam Kalite Yönetimi (TKY) modeli benimsenmeye başlamıştır. Bu model, bir organizasyonda her birimin ve her çalışanın beyin gücü, yaratıcılık, fikir ve deneyimlerinden

³³ Mehmet Top v.dğr., “Hastane Sektöründe Yatan Hastaların Hasta Tatmini ve Hastane Kalitesi Algılamalarının Değerlendirilmesi: İzmir İli Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Örneği”, **Akademik Bakış Dergisi**, S. 22, 2010, <http://www.akademikbakis.org/22/09.pdf>, (09.05.2011), s. 4.

³⁴ Zerenler – Öğüt, a.g.m., s. 506.

yararlanarak tam katılımlı ve çalışmalarını sürekli iyileştirme ilkesi ile düzenli ve sistemli olarak kalite güvence metodlarının kullanmasını ifade eder. Hedefi gerek iç müşteri (*personel*), gerekse dış müşteri (*hasta*) memnuniyeti olan çağdaş bir yönetim anlayışıdır³⁵.

TKY' nin temel amacı "sıfır hata" olduğundan, hata kabul etmeyen sağlık sektörüyle uyumu zor olmamaktadır. Hastanelerde TKY' yi destekleyen sistemlerin uygulamaya konulması ile hizmet kalitesi artmakta, diğer yandan verimli kaynak kullanımı da sağlanmış olmaktadır. Tüm personelin hizmet içi ve dış eğitimden geçirilmesi bir bütün olarak kaliteyi özümseyerek sağlık hizmeti sunması hastanenin kalitesini geliştirmektedir.

TKY ile birlikte "hasta tatmini / memnuniyeti", sağlık hizmeti sunumunda kalitenin önemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geri bildirimlerinin ölçümü, sektörde yer bulmuştur. Araştırmalarda hastaların, hizmet kalitesine ilişkin algı ve değerlendirmelerinin sadece kendilerinin değil, çevrelerindeki insanların da o kurumu tercih etmesinde rol oynadığı bulunmuştur. Hastane seçiminde; uzman kadro, teknolojik üstünlük gibi nedenler bir yana, arkadaş ve yakınların tavsiye etmesi daha etkili olmaya başlamıştır³⁶.

Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirecek akreditasyon ve yönetim sistemlerine artan bir ilgi vardır. Akreditasyon, sağlık hizmeti sunucusunun genellikle resmi olmayan bir kurum vasıtasıyla; hizmet kalitesinin standartlara uygunluğunu ve yeterliliğini belgelendirmesidir. Ayrıca akreditasyon, sağlık hizmeti sunucusunun hastalara, yakınlarına ve personele karşı güvenli bir çevre hazırladığı, riskleri azalttığı ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunduğuna dair bir taahhüttür³⁷.

TKY' yi temel alan kalite yönetim sistemleri;

- International Organization for Standardization (ISO) 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi,
- ISO 15189 Laboratuvar Akreditasyonu,
- ISO 14001 Çevre Yönetimi Sistemi,
- European Foundation for Quality Management (EFQM) Mükemmellik Modeli,
- Joint Comissions International (JCI) Hastane ve Laboratuvar Akreditasyonu,

³⁵ Hayran – Uz, a.g.m., s. 5.

³⁶ Zerenler – Ögüt, a.g.m., s. 504.

³⁷ Güler Çakmak, **Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Yönetim Rehberi**, İstanbul, 2009, s. 24.

- Occupational Health and Safety Assessment Series (OHSAS) 18001,
- Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP) olarak belirtilebilmektedir. Bu sistemler kaynakların verimli, etkin kullanımı ve maliyetlerin kontrol altına alınmasını mümkün kılan akreditasyon araçlarıdır.

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde kalite güvence sistemleri ve akreditasyon çalışmaları özel ve kamu idaresi sağlık hizmeti sunucularında yer bulmuştur. Özel sağlık hizmeti sunucularında ilk olarak ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemlerine uyum sağlanırken, daha sonra JCI Akreditasyonu gibi daha geniş kapsamlı standartlara sahip olunmuştur. Halen SB kontrolünde kalite çalışmaları artan bir ivme ile devam etmektedir³⁸.

5.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALİTE BOYUTLARI

Literatürde sağlık hizmetinde kalite boyutlarının tanımlanmasına yönelik çalışmalar mevcuttur. Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi;

- “Sağlık hizmetlerinin teknik yönü”,
- “Kişiler arası iletişim yönü”
- “Konfor yönü” olarak üç gruba ayırmıştır³⁹.

Sağlık hizmetlerinin teknik yönü: Tıp biliminin bir sağlık probleminin teşhis ve tedavisinde ne derecede kullanılabildiğini ifade etmektedir. Teknik yön hakkında hastaların değerlendirme yapmaları mümkün değildir. Ancak her ne kadar tıbbi olarak yeterli bilgi sahibi olmasalar da; artık hastalar tedavilerine katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanılarını anlamak istemektedirler. Gerek hastaların eğitim durumlarındaki artış gerekse teknolojik gelişmeler, daha kaliteli sağlık hizmeti talebini getirmiştir.

Kalitenin kişilerarası iletişim yönü: Hasta ile iletişim kuran doktor, hemşire, yardımcı personel gibi sağlık hizmeti sunum sürecinde yer alan kişilerin güler yüzlü olması, yardımseverliği, bilgilendirmesi, temiz giyimi ve dostça yaklaşımı gibi özellikleri kapsamaktadır.

³⁸ Çıraklı – Sayım, a.g.e., s. 363.

³⁹ Zerenler – Ögüt, a.g.m., s. 505; Aksoy, a.g.m., s. 103.

Konfor yönü: Hastane ortamında sunulan imkanlar, yardımcı tıbbi hizmetler, destek hizmetler (temizlik, yiyecek içecek servisi, oda konforu), idari hizmetler (kabul ve faturalandırma) gibi süreçlerin kalitesini içermektedir. Hastalar, sağlık hizmetlerinin “teknik yönü” üzerinde yeterli bilgiye sahip olmadıklarından, hasta beklentileri ve kalite algıları sağlık hizmetlerinin “iletişim” ve “konfor” yönü üzerinde yoğunlaşmıştır.

5.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇÜMÜ VE YÖNTEMLERİ

Son yıllarda özellikle Amerika ve İngiltere’ de olduğu gibi ülkemizde de hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin kabul gören bir sonuç ölçütü olarak önemli bir yere gelmiştir. Sağlık hizmeti kalite ölçümünde tıbbi bakım süreci değerlendirildiği kadar hasta memnuniyetini sağlayan olgular da göz önünde bulundurulmaktadır.

Bir sağlık hizmetinin kalite düzeyinin belirlenebilmesi ve hasta memnuniyetinin ölçülmesi için çeşitli yöntemlere başvurulabilir. Mevcut kayıt ve raporların incelenmesi, özel değerlendirme çalışmalarının yapılması, kişiye ve topluma yönelik araştırmalar bunlardan bazılarıdır. Sağlık hizmetinin mevcut kalite düzeyinin tespit edilebilmesi için öncelikli olarak o hizmetin amacının, standartlarının ve bu standartları izlemek için kullanılacak kriterlerin ortaya konması gerekir. Hasta memnuniyetinin ölçümü, sağlık hizmeti kalitesinin en temel göstergelerinden biridir.

Literatürde hasta memnuniyetini ve hastane tercihini olumlu ya da olumsuz etkilediği belirlenen faktörler belirtilmiştir:

- Hastaya ilişkin faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim, sosyal güvence, gelir düzeyi, yatılan servis, hastalık tanısı, sosyal ve coğrafik gruplardır.
- Personele ilişkin faktörler; ilgi, hoşgörü, saygı, nezaket, bilgilendirme ve hasta haklarına verdikleri önemdir.
- Hastaneye ilişkin faktörler; hekim başına düşen hasta sayısı ile ilgili olan hastanın muayenesi için ayrılan süre, bekleme süresi, hastanın bilgilendirilmesi, bürokratik işlemler, fiziki koşullar (aydınlatma, ısı, havalandırma vb.), gürültü, ulaşılabilirlik, otopark hizmetleri, temizlik - hijyen, yemek, sunulan konfor, ziyaretçi politikası ve özel muayenehaneye yönlendirme önde gelenleridir⁴⁰.

⁴⁰ İlker Ercan – Bülent Ediz – İsmet Kan, “Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut için Geliştirilen Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek”, **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C. 30, S. 3, 2004, s. 152.

Hasta memnuniyetini pek çok faktör etkilemesine rağmen, hasta memnuniyetine en fazla etkide bulunan faktörler arasında çalışanların, özellikle de doktor ve hemşirelerin hastanedeki profesyonel tutum ve davranışlarının (ilgi, anlayış, güler yüz, nezaket, empati vb.) olduğu sonucuna varılmıştır⁴¹. Ayrıca hastalarını memnun etmeyi hedefleyen hastaneler öncelikle personelini yani iç müşterilerini memnun etmek durumundadır⁴². Personel memnuniyetinin yüksekliği, hasta memnuniyetinin de yüksekliği anlamına gelmektedir.

Hasta memnuniyeti ile bağlantılı olan konular hakkında veri elde edilebilmesi için bilimsel yöntemlerden faydalanılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti kalitesini artırmak için, hastaların deneyimlerini sorgulamak ve sağlık sistemi hakkındaki düşüncelerini öğrenmek kaçınılmazdır⁴³. Bu amaçla Dünya Aile Hekimleri Birliği / The World Organization of Family Doctors (WONCA) Avrupa Örgütü tarafından geliştirilen Avrupalı Aileleri Değerlendirme Ölçeği – European Patients Evaluate General / Family Practice (EUROPEP) bir yöntemdir⁴⁴.

İkinci basamak sağlık hizmeti kalitesinin ölçümünde ise literatürde yaygın olarak kullanılan başlıca ölçekler, Servis Kalite Ölçeği (SERVQUAL) ve Servis Performans Ölçeği (SERVPERF)' dir. Ayrıca SERVQUAL ve SERVPERF ölçeğinin hastane ortamına uyarlanamadıklarını iddia eden Shemwell ve Yavas' ın oluşturduğu bir başka ölçek de mevcuttur. Son yıllara gelindiğinde Ercan⁴⁵' in hazırladığı *Hasta Memnuniyetini Ölçme Ölçeği* ve *SB Hasta Memnuniyeti Ölçme Anketi* literatürde yerini almıştır.

5.4.1. Servis Kalite Ölçeği (SERVQUAL)

Hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılan en popüler yöntem, 1988 yılında Parasuman, Zeithaml ve Berry' in geliştirdiği servis kalite ölçeğidir. İngilizce (Service Quality) kelimelerinin ilk dörder harfinin kullanılarak SERVQUAL şeklinde kısaltılan ölçeğin esası, tüketicilerin hizmet kalite beklentilerinin ve algılamalarının farklarının alınmasına dayanır.

⁴¹ Zaim – Tarım, a.g.m., s. 1; Erdem v.dğr., a.g.m., s. 106.

⁴² Ali Özer, “Sağlık Hizmeti Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler”, **Tıp Araştırmaları Dergisi**, 2007, C.5, S.3, ss. 141-142.

⁴³ Zekeriya Aktürk v.dğr., “Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor: EUROPEP Ölçeği”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C. 16, 2002, s. 154.

⁴⁴ T.C. SB, **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti**, ed. Recep Akdağ, T.C. S.B. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Araştırma Serisi 4, T.C. SB Yayın No: 806, Ankara, 2010, s. 4.

⁴⁵ Ercan – Ediz – Kan, a.g.m., s. 155.

Parasuraman ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada hizmet kalitesinin *Fiziksel Özellikler* (kurumun iç ve dış çevresinin görünümü ve dizaynı), *Güvenilirlik* (şirketin imajıyla, yaptıklarının uyumluluğu, dürüstlüğü), *Heveslilik* (çalışanların hizmeti sunmadaki istekleri), *Güvence* (şüphe, risk ve tehlikelerden uzak olma; çalışanların hastalar üzerinde güven uyandırması) ve *Empati* (hastaların ihtiyacını anlama, hastalara ilgi gösterme ve duyarlılığı) olarak indirgenmiş beş boyutunun olduğu tespit edilmiştir⁴⁶.

Hizmet kalitesinin ölçümünde yaygın kullanım alanı bulan SERVQUAL ölçeği, müşterinin hizmetten beklentileri ve algılama düzeyleri olmak üzere iki grup ve yedili likert ölçeği şeklinde oluşmaktadır⁴⁷. Temel olarak beş boyutla ilgili 22 ifade ve 2 grupta sorular olduğundan 44 cümle üzerinden ölçüm yapılır. Her bir ifade için hizmeti kullananın beklediği ile algıladığı hizmet için verdiği puan arasındaki fark alınır. SERVQUAL puanı hesaplanarak değerlendirme yapılır⁴⁸.

Babakus ve Mangold, 1992 yılında SERVQUAL ölçeğini hastane ortamına uygun hale getirerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmışlardır. Ülkemizde de hastane sektöründe geçerli ve güvenli bulunmuştur⁴⁹.

5.4.2. Servis Performans Ölçeği (SERVPERF)

Cronin ve Taylor'un hizmet kalitesini değişik hizmet alanlarında ölçmek için 1992'de SERVQUAL ölçeğine karşı geliştirdiği ölçektir. İngilizce (Service Performance) kelimelerinin ilk dörder harfinin kullanılarak SERVPERF şeklinde kısaltılan ölçekte, SERVQUAL ölçeğinin sadece performans bölümü dikkate alınmaktadır. Her iki ölçeği kıyaslamak amacı ile yapılan araştırmalarda SERVPERF ölçeğinin daha etkili ve iyi sonuçlar verdiği ortaya çıkmıştır.

⁴⁶ Levent B. Kıdak – Mehmet Aksaraylı, “Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C. 10, S. 3, 2008, s. 94; Sedef Sevimli, Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2006, s. 33.

⁴⁷ Zeynep Filiz, “Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesi ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama”, *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, Yıl 46, S. 538, 2009, s. 76.

⁴⁸ Sevimli, a.g.tz., s. 37.

⁴⁹ Sevimli, a.g.tz., s. 70.

Bir firmanın performansına ilişkin tavırların, deneyimler mevcut değilken beklentiler yoluyla geliştirildiğini ve bu tavırların ilgili firmanın hizmetlerinden yararlanma ve satın alma eğilimlerini etkilediğini savunmuşlardır⁵⁰.

5.4.3. Shemwell ve Yavas Ölçeği

Shemwell ve Yavas, SERVQUAL ve SERVPERF ölçeklerinin hastane ortamına uyarlanamadıklarını ve dolayısıyla yapı geçerliliklerinin düşük olduğunu iddia etmişlerdir. Araştırmaları için yeni bir ölçek geliştirerek literatüre kazandırmışlardır.

Ölçekte 14 ifade ve 3 boyut (*arama, güven ve deneyim*) yer almaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi yöntemleri kullanılan araştırmada, hizmet kalitesini bu üç boyutun belirlediği tespit edilmiştir.

5.4.4. Hizmet Memnuniyetini Ölçme Ölçeği

2004 yılında Ercan ve arkadaşları tarafından, ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini; hastaların kendilerine uygulanan tedavi yöntemlerini ve yanıtlarını değerlendirmesi dışındaki teknik olmayan boyutu araştırmak için geliştirilmiştir. Bursa’da kamu idaresine bağlı bir kadın doğum hastanesi uygulama örneği seçilerek ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliği test edilmiş ve literatüre kazandırılmıştır.

Yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, özel muayenehaneye gitme durumu, yatış gün sayısı, hastanede aynı odayı paylaştığı kişi sayısı ve son 1 yılda doktora gitme sayısı değişkenlerinin ilişkileri ölçülmüştür. Poliklinik, klinik, diğer sağlık ve bürokratik işlemler, personel, hasta hakları, fiziksel durum, kafeterya ve genel değerlendirmeden oluşan sekizli alt ölçek 43 madde ve 16 demografik sorudan oluşmaktadır. Beşli likert tipinde olan madde soruları 0 ile 4 arasında numaralandırılmıştır. Hiç katılmıyorum “0”, tamamen katılıyorum “4” olarak belirtilmiştir.

Gelir düzeyi, sosyal güvence ve eğitim durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ölçekten alınan puanların artması hastaların verilen sağlık hizmetinden memnuniyetini belirtmektedir⁵¹.

⁵⁰ Ercan – Ediz – Kan, a.g.m., ss. 154-157.

⁵¹ Ercan – Ediz – Kan, a.g.m., ss. 151-153; Çelikkalp v.dğr., a.g.m., s. 3.

5.4.5. Sağlık Bakanlığı Hasta Memnuniyeti Ölçme Anketi

SB tarafından, 1.3.2011 tarihli ve 9489 sayılı Makam Onayı ile Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi' nin 9. maddesi gereği 1.7.2011 tarihinden itibaren sağlık hizmeti sunucularında ortak bir anket uygulanmaya başlanmıştır⁵². Tüm kurumlara ait hastanelerin ölçülebilir özelliklerini dikkate alarak, sonuçların karşılaştırılabilir olması amacıyla hazırlanan standart bir hasta memnuniyet anketidir. Aynı zamanda bu anket ile elde edilen hasta memnuniyet katsayısı, kurumsal performansın ölçülmesinde kullanılan kriterlerden biri olmaktadır.

2005 yılından bu yana kamu idaresi hastanelerinde bu anket formatı ile hasta memnuniyeti ölçümü yapılırken, 2011 yılından itibaren özel hastaneler de zorunlu olarak bu sistem içerisine dahil edilmişlerdir. Yeni anket formatı tüm hastanelerde uygulanmaya başlamıştır. Hastaların aldığı hizmet bölümüne göre 3 tür (“Ayaktan”, “Yatan” ve “Acil Servis”) anket formu mevcuttur. Benzer olmakla birlikte soru sayısında ve içeriklerinde bazı değişiklikler mevcuttur.

75 yataktan az olan hastaneler yalnızca ayaktan hasta memnuniyet anketini uygulamak zorundadırlar. Diğer hastaneler 3 türdeki anketleri, yatak sayısına paralel olarak 15 ile 50 arasında değişen sayıda hasta üzerinde uygulamalıdır. 16 yaşından büyük, durumu ağır olmayan ve gönüllü hastalar seçilmektedir. Anketler aracılığıyla, aylık olarak memnuniyet rehberinde belirtilen formüller kullanılarak, memnuniyet katsayıları hesaplanmakta ve veriler kurumsal kalite sistemine kaydedilmektedir.

6. GENEL SAĞLIK SİGORTASI

6.1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI TANIMI VE AMACI

GSS, sosyal güvenlik sisteminin bütünlüğü içinde nüfusun tümüne eşit ve aynı düzeyde sağlık güvencesini temin üzere kurulmuştur. Vatandaşların öncelikle sağlıklarının korunmasını, hastalık durumu ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını, tüm ülke nüfusu kapsamında sağlayan sigorta olarak tanımlanabilmektedir.

⁵² <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=551&newsPage=8> , (21.6.2011).

5510 sayılı Kanun hükümleri ile düzenlenen GSS; SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı gibi sosyal güvenlik kurumlarının yanı sıra yeşil kart sahipleri gibi devlet tarafından karşılanan sağlık ve sosyal güvenlik haklarındaki farklılıkların kaldırılarak, SGK çatısı altında birleştirilmesi ve primli rejim haline getirilmesidir⁵³.

GSS' nin amaçları; adil, kolay erişilebilir, tüm vatandaşları kapsayacak, hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu, tedavi edici, kaliteli sağlık ve sosyal güvenlik hakkı tanınmasıdır. 1982 Anayasası' nın 56. maddesinde geçen “Devletin, toplumun sağlığını tesis ve organize etmesi” hükmüne dayanan bu amaçlar, sosyal güvenlik reformuna da hizmet etmektedir. Sağlık hizmetleri yönetiminin tek sigorta sistemi aracılığı ile yoksulluğa karşı daha etkin koruma garantisi sağlayan, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal koruma sistemi oluşturmak da sosyal güvenlik reformunun amaçları arasındadır⁵⁴.

6.2. GENEL SAĞLIK SİGORTASI GELİŞİMİ VE TEMEL ESASLARI

1967 yılından itibaren ülkemizde değişik tarihlerde tasarı çalışmaları yapılan GSS Kanunu' nun Yedinci, Sekizinci ve Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planları kapsamında temelleri atılmıştır. Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak işletilmesi haklarının özelleştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek için etkin sevk sistemi dahilinde işleyen aile hekimliğinin kurulması, prim temelli GSS uygulaması, emeklilik ve sağlık sigortası hizmetlerinin ayrılması, sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ayrıca özel sektörün sağlık ve hayat sigortalarının teşvik edilmesi konularının tümü yedinci ve sekizinci beş yıllık kalkınma planlarında yer almıştır⁵⁵.

GSS, gelişim süreci içerisinde bazı kaynaklara konu olmuştur. Başbakanlık tarafından yayınlanan “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 9: Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri” kitabı; Alper' in “GSS: Temel Esaslar ve Yenilikler”; Belek ve Adaş' ın “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”; Özdemir-Kılıç ve Aydın' ın “Sosyal Güvenlik Reformu Sonrası Tüketici Olarak Hastaların Hastane Seçimi: Pazarlama Açısından Bir Alan Araştırması”; Pekten'in “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”; Turanlı ve Başar' ın “Sağlıkta Dönüşüm Uygulaması

⁵³ Yusuf Alper, “GSS: Temel Esaslar ve Yenilikler”, ASOMEDYA, 2007, s. 61.

⁵⁴ T.C. Başbakanlık, **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 9: Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, İdareyi Geliştirme Başkanlığı, Ankara, 2005. s. 55.

⁵⁵ Belek – Adaş, a.g.m., s. 35.

Sonrası Hastane Tercihlerindeki Değişimin İncelenmesi”, Bostan’ ın “Genel Sağlık Sigortası’ nın Öngördüğü Değişimin Kamu Hastanelerine Yönelik Riskleri”, Kaymakçı’ nın “Sağlıkta Dönüşümün Çıktıları” başlıklı makaleleri bu kaynaklara örnek olarak sayılabilmektedir.

SB’ nin halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturularak; düzenleyici ve denetleyici rolüne ağırlık verilerek, yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolünün azaltılacağı öngörülmektedir. SB’ ye bağlı hastanelerin ileride özelleşeceği vurgulanmaktadır⁵⁶.

Sosyal devlet ilkesi gereği; nüfusun tümünün sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlandırılması ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi kurulması amaçlanarak; 2007 yılında SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı’nın bir çatı altında birleştirilmesi gerçekleşmiştir. SGK adı ile birleşen kurumlarda norm ve standart birliği elde etmede büyük bir adım atılmıştır. Yapılan çalışmalar neticesinde Kanun, 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak, bazı istisna maddeler dışında 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Uygulama ile birlikte ülkemizde vatandaşların hangi sigorta koluna mensup olursa olsun sağlık hizmetlerini devlet, üniversite veya özel hastanelerden alabilir duruma gelmesi amaçlanmıştır. GSS, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın; gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlamaktadır. GSS kapsamında vatandaşa iş kazası ve meslek hastalığı hali hariç, tıbbi gereklilik dışında, estetik amaçlı yapılan tıbbi işlemlerin, yardımcı üreme tekniklerinin ve alternatif tıp uygulamalarının giderleri dışında; muayene, ameliyat vb. durumlarda devlet tarafından belirlenen orandaki **Katkı Payı** (Devletin hastadan aldığı özel hastane kesintisi) ve **İlave Ücret** (Hastanenin verdiği sağlık hizmeti karşılığında devletin belirlediği oranda hastadan talep edebileceği ücret) ödendiği takdirde geniş bir sağlık hizmeti sunulmaktadır⁵⁷.

Özel sağlık hizmeti sunucuları, yalnızca acil servislerde sunulan sağlık hizmetleri ile acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri, yoğun bakım hizmetleri, yanık tedavisi hizmetleri, kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri), yeni doğana verilen sağlık hizmetleri, organ, doku ve hücre nakilleri, doğumsal anomaliler için yapılan

⁵⁶ Büyüksavaş, a.g.tz., s. 28.

⁵⁷ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, S. 5510, 2006, md. 63.

cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri, diyaliz tedavileri, kardiyovasküler cerrahi işlemleri için ilave ücret alamamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin tamamı kişiler tarafından karşılanamadığı gibi kamu idaresi tarafından da finanse edilememektedir. Tüketiciler ise özel sağlık hizmetleri için cepten para harcama eğilimindedir. GSS modelinde devlet sigortacılık yapmayacak, ödeme gücü olmayan vatandaşların primlerini ödeyecektir; böylece bu sistemle hizmetler değil, kişiler desteklenmiş olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük bölümü, sağlık hizmetlerinden yararlananlardan dolayı veya dolaysız bir şekilde alınan primlerden karşılanmaktadır. Sigortalılar, işverenler ve devlet GSS primi ödeyecek paydaşlardır. Prim oranı prime esas kazancın % 12,5' i dir. Prim ödeme gücü olmayan düşük gelirli vatandaşların primini devlet ödeyecektir. Kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi sigortalılar için GSS prim oranı; % 5 sigortalı, % 7,5 işveren hissesi olmaktadır⁵⁸.

6.3. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMI

GSS sisteminin en önemli hususlarından biri, kapsadığı toplum kesimlerinin büyük ölçüde genişletilmiş olmasıdır. Sağlık sigortası sistemi dışında kimsenin kalmaması ve ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi amaçlanmaktadır. 25 yaşına kadar sigortalının çocukları anne veya babası üzerinden, 25 yaşını doldurduklarında ise Kurum tarafından sigortalı sayılacaklardır.

5510 sayılı Kanun'un "GSS Hükümleri" başlıklı üçüncü kısmında bulunan 60 ila 78. maddeler arasında geçen toplam 19 madde GSS ile ilgili düzenlemelerden bahsetmektedir. GSS kapsamında bulunan kişileri düzenleyen "Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar" başlıklı 60. madde incelendiğinde; kapsama alınan kişiler, kendi çalışmalarına bağlı olarak prim ödeyerek faydalanacak kişiler; primleri kamu tarafından ödenecek kişiler ve çalışmadıkları halde prim ödeyerek faydalanacak kişiler olarak sınıflandırıldığı görülmektedir⁵⁹.

⁵⁸ T.C. SGK, "Sigortalılık/İşveren Prim Oranları", www.sgk.gov.tr, (08.11.2011); Ali Pekten, "Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler", **Sayıştay Dergisi**, S. 61, 2006, s. 125.

⁵⁹ Alper, "GSS: Temel Esaslar ve Yenilikler", a.g.m., ss. 61-62.

6.3.1. Prim Ödeyerek Genel Sağlık Sigortalısı Olanlar

Bu grupta ilgili Kanun'un 4.maddesinde sayılan sigortalılar yer almaktadır:

- *Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,*
- *Kamu idarelerinde memur statüsünde kadrolu ve sözleşmeli olarak çalışanlar,*
- *Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına çalışanlardan, ticaret kazançları nedeniyle gelir vergisi mükellefi olanlar, esnaf ve sanatkar sicilleri ile meslek odalarına kayıtlı olanlar, şirket ortakları, tarımsal faaliyette bulunanlar olarak sıralanmıştır.*

6.3.2. Primleri Devlet Tarafından Ödenerek Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınan Sağlık Sigortalıları

Bu grupta çalışmayan veya çalışmakla birlikte prim ödeme gücü olmayan çok değişik statüde toplum kesimleri, primleri devlet tarafından ödenmek üzere GSS kapsamına alınmışlardır. İlgili Kanun'un 60. maddesi bu sigortalılara değinmiştir:

a) *Düşük gelirliler:*

Kurum tarafından belirlenen gelir testi yöntemi ile aile içindeki kişi başına düşen gelirin asgari ücretin üçte birinden az olması halini kapsar. Hiçbir sosyal güvenliği olmayanlar, yeşil kartlılar, kısmi süreli çalışanlar, öğrenciler ve zorunlu sigortası sona erenler gelir testine tabi tutulur.

b) *Vatansızlar ve sığınmacılar,*

c) *2022 sayılı Kanun gereğince muhtaç vatandaş aylığı alan kişiler,*

d) *1005 sayılı Kanun gereğince Şeref Aylığı alanlar,*

e) *3292 sayılı Kanun gereğince Vatani Hizmet Tertibinden Aylık Bağlananlar,*

f) *2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,*

g) *2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma ve bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,*

h) *Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,*

ı) *442 sayılı Köy Kanunu gereğince görevlendirilen geçici köy korucuları,*

k) 4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği alanlar,

l) Çeşitli sosyal sigorta kanunlarına göre aylık bağlanmış kişiler (pasif sigortalılar) olarak sıralanmıştır⁶⁰.

6.3.3. Çalışmaya Bağlı Geliri Olmayan, Ancak Prim Ödeyerek Kapsama

Alınanlar

GSS kapsamına alınan diğer grup ise, çalışmalarına bağlı gelirleri olmadığı halde, prim ödeyerek genel sağlık sigortalısı sayılanlardan oluşmaktadır. Bu gruplar isteğe bağlı sigortalı kişilerden, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülkede sigortalılığı olmayanlar ile sayılanlar dışında kalan ve aynı zamanda başka bir ülkede sağlık sigortasından faydalanma hakkı bulunmayan kişilerden oluşmaktadır.

6.4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Cumhuriyet tarihi boyunca ülkemizde uygulanan sağlık politikaları bazı temel değişim dönemleri geçirmiştir. Refik Saydam dönemi (1923), Behçet Uz dönemi (1946) ve sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon uygulamasının başlangıcı (1963), önemli dönüm noktalarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), (2003) sağlık sistemini yeni baştan ele alarak bu dönüm noktalarındaki son halkayı oluşturmaktadır⁶¹.

58. ve 59. Hükümet Programı'nda ve buna bağlı olarak hazırlanan Acil Eylem Planı'nda tanımlanan Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; "Herkesin Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler içerisinde; "Tüm vatandaşların GSS kapsamı altına alınması", "Sağlık kuruluşlarının tek çatı altına alınması" gibi maddeler yer almaktadır. Hükümet programında yer alan bu temel hedeflerden yola çıkılarak; SB, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte Türkiye SDP'yi hazırlamıştır⁶².

SDP amaçları aşağıda dört başlık altında belirtilmiştir:

- **Etkililik:** Ülkemizde tüm basamaklardaki sağlık hizmeti standartlarının iyileştirilmesi;

⁶⁰ Pekten, a.g.m., s. 122.

⁶¹ T.C. SB, "Sağlıkta Dönüşüm...", a.g.e., s. 10.

⁶² T.C. SB, **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti**, a.g.e., s. 2.

- **Verimlilik:** Maliyetlerin düşürülmesi ve kaynakların uygun şekilde kullanılarak daha fazla hizmetin sağlanması;
- **Hakkaniyet:** Ülkemizin doğusu ya da batısında, gerek kentte gerekse kırsal bölgelerde yaşayan bütün bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması; hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması;
- **Kalite:** Sağlık hizmeti kalitesinin artırılması, yer almaktadır.

İnsan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet ilkelerine sahip olan SDP'nin sekiz ana bileşeni vardır:

- SB'nin yönetim yapısının yeniden düzenlenmesi: Önderlik, planlayıcılık ve denetleyicilik rolünün güçlendirilmesi,
- Herkesi tek çatı altında toplayan GSS,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
- Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (E-Sağlık) ana bileşenlerdir⁶³.

GSS Sistemi, SDP içerisinde yer alan sekiz bileşenin en temel olanlarından biridir. Ancak GSS'nin başarılı olması ve beklenen olumlu sonuçların alınması da, diğer bileşenlerin etkin bir şekilde hayata geçirilmesi ile mümkün olacaktır.

GSS ve SDP'nin amaçlarına ulaşmaları için birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenip yaygınlaştırılması ve halk tarafından tercih edilebilir olması gerekmektedir. Bunun için "**Aile hekimi**"; halkın kolayca erişebileceği,

⁶³ Yusuf Alper, "Sosyal Güvenlik Reformunun İkinci Yılına Girerken Genel Sağlık Sigortası: Sağlanan Gelişmeler ve Sorunlar", **MERCEK**, Yıl 15, S. 57, 2010, s. 73; T.C. SB, **Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri**, ed. İsmail Demirtaş – İrfan Şencan, 1.b., Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü – Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara, 2012, s. 5.

herhangi bir engelle karşılaşmaksızın danışabileceği önemli ayaklardan biridir. Etkili sevk zincirinin oluşturulması, ayrıca beşeri ve maddi kaynakların akılcı ve verimli kullanımı yoluyla sağlık sisteminin güçlendirilmesini sağlamaktadır⁶⁴.

6.5. GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE SEVK ZİNCİRİ

Sevk zinciri, acil durumlar dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması; bu basamaktaki imkanlarla teşhis ya da tedavi edilemeyenlerin bir üst basamağa gitmesinin sağlanmasıdır. Kademeli sağlık hizmeti; birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşları arasındaki hizmet bölüşümünün sağlanması ve sevk zincirinin uygulanmasıdır.

Sevk zincirinin amacı, hastaların sağlık hizmeti talebini yerleşim yerlerine daha yakın olan birinci basamak kuruluşlarından yapmalarını sağlamaktır. Yalnızca gerek görülen durumlarda, hastaların ikinci ya da üçüncü basamağa gitmeleri sağlanarak hastaneler hasta yükünden kurtarılarak, gerçekten hastane hizmetine gerek duyan hastalara daha nitelikli ve hızlı hizmet verebilir duruma gelmişlerdir. Bu şekilde, birçok yanlış yönlendirme, düzensizlik ve gereksiz sağlık harcaması ise önlenmiş olmaktadır⁶⁵.

GSS' nin sağlam bir zemine ulaşmasını sağlayacak olan sevk zincirinin uygulamaya konulmasında, aile hekimliği büyük önem taşımaktadır. Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak sağlık hizmeti almasıdır. Hastalar öncelikle aile sağlığı merkezlerine başvurarak; gerekli ise aile hekiminin sevkı vasıtasıyla ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularına başvurabilmektedirler. Üçüncü basamakta yer alan üniversite, eğitim ve araştırma hastanelerine ise, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında tanı ve tedavi yeterli gelmediği durumlarda ileri tetkik ve tedavi için sevk edildikleri takdirde ulaşabilmektedirler.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, etkin ve eşit bir şekilde verilebilmesi amacıyla uygulamaya konulan Aile Hekimliği sistemi 2010 yılından itibaren ülkemizde tüm illerde hizmet vermektedir⁶⁶.

⁶⁴ SGK, "Sağlıkta Dönüşüm", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Yıl 1, S. 3, 2009, s. 13.

⁶⁵ T.C. SB, "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Raporu İlerleme Raporu", a.g.e., ss. 64-65.

⁶⁶ T.C. SB, "Türkiye' de Aile Hekimliği", http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213, (08.12.2011).

GSS' ye bağlı olarak aile ve toplum sağlığı merkezlerinde görev alan aile hekimleri sayesinde, hastaların öncelikle teğhis ve tedavileri sağlanamadığı durumlarda sevk olarak hastaneye gitmeleri saęlanacaktır⁶⁷. Şu anda aile sağlığı merkezlerinde sevk zinciri, Őifaen uygulanmaktadır; henüz resmi olarak bir yaptırım getirilmemiştir.

⁶⁷ Büyüksavaş, a.g.tz., s. 86.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI'NIN ETKİLERİ

1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI'NIN ÜLKEMİZDEKİ ETKİLERİ

En önemli ayaklarından biri GSS olan SDP, uygulamaya konulduktan sonra ülke genelinde bir dizi değişim yaşanmıştır. Sağlık sektöründeki bu hızlı değişim SB' yi, hastane yöneticilerini, sağlık personelinin, hastaları ve çeşitli sektörleri hareketlendirmektedir.

Yaşanan değişimler arasında göze çarpan en önemli konular; kanun birliğinin sağlanması, sağlık hizmeti sunumunun merkezileştirilmesi, adaletsizliğin giderilmesi, SGK kapsamındaki vatandaşların diledikleri hastaneyi tercih edebilmesi olarak belirtilebilir.

Özel sektör desteklenerek, sağlıktaki kamusal ağırlık azaltılmış yerini özel hastanelerin alması sağlanmıştır. Özel hastane sayıları büyük bir ivme ile artmıştır. Sağlık hizmeti kalitesi ve özellikle hasta memnuniyeti konusunda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Sağlık sektöründe rekabetin artması neticesinde denetimler fazlalaşmıştır.

GSS'nin bugün için en temel sonucu ister gerçek, ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun ve her ne kadar ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yoğunlaşsa da kişi başı sağlık hizmeti başvurularını çeşitli yollarla arttırmış olmasıdır.

Hastalar açısından en büyük avantajlardan biri, önceki yıllara göre hekime ve ilaca çok rahat ulaşabilmek olmuştur. Hatta hastalar hekime o kadar rahat ulaşabilmektedir ki artık hastaneye gitmek rutin hayatta gün arasına sıkıştırılan bir iş haline gelmiştir. Bu nedenle bazen sistem arızaları gibi beş on dakikalık beklemede bile sinirler gerilebilmekte, sağlık personeline tepki verilmektedir. Hastalar bekleme salonlarındaki broşürler, duvarlara asılan levhalar sayesinde hasta hakları konusunda bilinçlendirilmekte; ancak bu kez kendine hak olup olmadığını tam kestiremediği konularda dahi tartışma oluşturabilmektedir.

GSS'nin olumlu veya olumsuz etkileri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için farklıdır. GSS' nin ülkemizdeki etkileri, "Sağlık Sistemi", "Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları", "İkinci basamak kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları" ve "İkinci basamak özel sağlık hizmeti sunucuları", "Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları" olmak üzere beş grupta incelenebilmektedir.

1.1. SAĞLIK SİSTEMİNE OLAN ETKİLERİ

Yedinci, sekizinci ve dokuzuncu kalkınma planları içerisinde yer alan GSS, ülkemizde yaşayan vatandaşların kaliteli sağlık hizmetlerine eşit biçimde ulaşmalarını amaçlayan “insan odaklı” etik bir anlayıştır.

1964'ten beri uygulanan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 1949 yılından beri uygulanan 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu, 1971 yılından beri var olan 1479 sayılı BAĞ-KUR Kanunları ile 2925 ve 2926 Sayılı Tarım Sosyal Güvenlik Kanunları ortadan kalkmıştır. Bu Kanunlar' ın yerini 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu almıştır. Sigorta kurumlarının arasındaki adaletsizlikler giderilmiş, norm ve standart birliği sağlanmıştır.

Sağlığın finansmanının kurulan sağlık sigortasından karşılanması gerçekleşmiştir. Kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz özelliklerinden dolayı, sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı ayırıştırılmıştır. Devletin hizmet sunumundan çekilerek, tek alıcı durumuna gelmesi; SB' nin halk sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgilenmesi ve hastanelerin özleştirilmesi gibi politikalar ile sağlık alanı tümüyle piyasadaki kurumların rekabetine bırakılmıştır¹. Sağlıkta özelleştirme ile kamusal hizmet yükünün özel sektörle paylaşılması, sağlık hizmetlerinde kalite artırılması, kıt kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması hedeflenmektedir.

Devletin sağlık hizmeti satın alıcı durumuna gelmesinin en önemli faydaları arasında; satın alma ve muhasebe kayıtlarında doğruluk, asıl olarak takip etmesi gereken işlere yönelmesi, kamudaki personel açığının giderilmesi, personelin gereksiz cihaz yatırımına engel olma, denetlenebilir sağlık hizmeti üretimini sağlama ve yatırım riskini paylaşma bulunmaktadır².

2010' dan itibaren GSS kapsamına alınan memurlar ve bakmakla yükümlü oldukları yakınları sevsiz herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurabilme hakkına kavuşmuşlardır. Sağlık karnesi bulundurma zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır. Yeni düzenleme ile birlikte herhangi bir eczaneden ilaç alma kolaylığı getirilmiştir.

¹ Osman Belek – Emin Baki Adaş, “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, C.12, S.1, 2009, s. 34.

² Salih Mollahaliloğlu v.dğr., “Sağlık Grup Başkanlarının Kalite ve Performans Yaklaşımı”, **T.C. SB Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı**, C.3, 1. b., T.C. SB Yayın No: 772-3, Ankara, 2009, ss. 22-23.

GSS ile birlikte sistemde yapılan diğerk bir değişiklik de, sağlıkta geri ödeme sistemlerinin elektronik ortamda kaydının ve kontrollerinin yapılabilir duruma gelmesidir. SB tarafından kurulmuş olan MEDULA (MED(ikal) ULA(k)), sağlık hizmeti sunucularının iç süreçlerine müdahale etmeksizin fatura bilgisini elektronik olarak toplayan, işlemlerin SGK ile entegre ve eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesini sağlayan bütünleşik bir bilgisayar sistemidir.

MEDULA, GSS' nin bilişim ayağıdır. 2007 yılında uygulamaya giren sistem sayesinde sağlık hizmeti sunucularına başvuran hastaların hangi tarihte hangi hastaneye başvurduğu, hangi doktora muayene olduğu; tetkik, tedavi varsa yatış gibi tüm işlemleri ve ilaç alımları izlenebilmekte; maliyetlerin kontrolü ve süreç denetimi mümkün olmaktadır³.

MEDULA' nın sağladığı en önemli kolaylıklardan biri de Sağlık Uygulama Tebliğı (SUT)' nde olan birçok uygulamanın, elektronik olarak sistem üzerinde kullanılması ve dolayısıyla zaten ödenmeyecek birçok işlemin faturalandırılmasına izin vermemesidir. Hastaneler açısından anlaşılabilir, ulaşılabilir ve aksaklıkların sistem üzerinden rahatlıkla görülebilir olması en büyük avantajlarından⁴.

MEDULA sistemini takiben İlaç Takip Sistemi olan *Karekod* kurulmuştur. Karekod sistemi, ilacın parmak izidir ve ilacı geçtiğı her aşamada izlemektedir. Üretim seri numarasını, son kullanma tarihini ve benzersiz seri numarasını aynı anda ihtiva eder. İlaç Takip Sistemi, karekod kullanılan ve izleme yapılabilen dünyadaki ilk yaygın uygulamadır⁵.

GSS ile birlikte getirilen diğerk bir yenilik de; ilaç ve malzemelerin hastanelerce temin edilmesi zorunluluğudur. Daha önce yatan hastalar, ilaç ve malzemeleri kendileri temin etmek durumunda kalıyordu.

GSS öncesinde sabahın en erken saatlerinde koridorlarda bekleyerek alınan randevular; önce internetten alınan randevular, sonrasında daha planlı olan Merkezi Hastane Randevu Sistemi uygulaması ile düzenlenmiştir. Merkezi hastane randevu sistemi, ülkede yaşayan kişilerin, tüm SB Hastaneleri ile Ağız - Diş Sağlığı Merkezleri için 182 Çağrı Merkezini arayarak canlı operatörlerden randevu alabildikleri bir uygulamadır⁶.

³ T.C. SGK, **2009 Yılı Faaliyet Raporu**, Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No: 14, Ankara, 2010, s. 32.

⁴ Ömer Güler, "Eski GSS Genel Müdürü Sami Türkoğlu Röportajı", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl 1, S. 3, 2009, s. 21.

⁵ Çelikkalp v.dğr., a.g.m., s.8.

⁶ T.C. Kalkınma Bakanlığı, 9. Kalkınma Planı 2012 Yılı Programı, s. 220.

Türkiye sağlık sistemi, hizmet sunumu, hizmete erişim, toplumun sağlık düzeyini gösteren veriler ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri gibi konularda diğer ülkelerin örnek alacakları bir seviyeye gelmiştir. Sağlık hizmeti sunucuları ulusal alanda rekabet ederken, uluslararası alanlardan da hasta çekmek için çaba sarf etmektedir⁷.

Artık fiziki ve teknolojik olarak AB standartlarına ulaşan zincir hastane büyüklüğüne gelen hastanelere, yurtdışından da hasta gelerek sağlık hizmetleri talep etmektedir. JCI, EFQM gibi uluslararası kalite belgelerine sahip, akredite olmuş sağlık hizmeti sunucularını tercih eden sağlık turisti; ülkemizde hem daha kaliteli, hem de daha ekonomik bir şekilde tedavi olabilmektedir⁸.

1.2. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA ETKİLERİ

GSS ile birlikte aile hekimliği sisteminin uygulamaya geçmesi neticesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde başlı başına büyük değişimler meydana gelmiştir. Önceki yıllarda etkili durumda olmayan birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılmış ve güçlendirilmiştir.

Sağlık ocakları, aile sağlığı merkezlerine dönüştürülerek aktif hale getirilmiştir. Ayrıca yapılan işlemlerin kapsamı genişletilmiştir. GSS öncesinde yalnızca tam kan sayımı gibi tahliller yapılırken şu an aile sağlığı merkezlerine evlilik testleri, HIV, eliza, prostat büyüme, talasemi gibi daha geniş tahlil imkanı gelmiştir. Aile hekimlerince, gebeliğin başından itibaren anne ve bebeğin rutin tetkikleri ve aşıları takip edilmeye başlanmıştır. Bebeğin nerede, ne zaman doğduğu, kilosu, boyu gibi bilgilerde eksiklik tespit edildiği takdirde aile hekiminin performansından düşüleceğinden, takipler oldukça ciddi tutulmaktadır.

2005 yılında pilot il olarak Düzce’de başlatılan Aile hekimliği uygulaması, pratisyen hekimlerin aile hekimliği kurslarına katılarak sertifikasyonu sayesinde, 2010 yılı sonu itibarıyla tüm iller dahil edilerek ülke çapına genişletilmiştir.

GSS ile birlikte artan sağlık hizmeti talebinin, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına yönelmesi hedeflenmektedir. Aile hekimliği ve sevk zinciri uygulamalarının yaygınlığı arttıkça, hastaların kademeli olarak sağlık hizmeti sunucularına başvurması

⁷ Güden – Öksüzkaya – Çetinkara, a.g.m., s. 154.

⁸ Özel Hastaneler, <http://www.saglikturizmi.gov.tr/18-ozel-hastaneler.html>, (22.08.2012).

sağlanacaktır. Süreç dahilinde aile hekimi görmeden hasta, hastaneye gidemeyecek; aile sağlığı merkezlerinde bulunan aile hekimleri, sevk ettiği takdirde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularına gidebileceklerdir. Bu uygulamayla aynı zamanda sağlık harcamalarının kısıtlanması amaçlanmaktadır.

Birinci basamak hizmetler içerisinde; kanserden korumak ve erken teşhis etmek amacıyla Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) kurulmuştur. Bu merkezlerde ödeme gücü olmayan vatandaşlara tarama hizmetleri ücretsiz verilmektedir.

“Evde Bakım Hizmetleri” kapsamında sağlık hizmetleri vatandaşın evine kadar ulaştırılmıştır. 65 yaş üstü hastalara ve engellilere kolaylıklar sağlanmıştır. Organ ve doku nakli koordinasyon merkezleri kurulmuştur. Diyaliz hastalarının ücretsiz olarak evlerinden alınıp, evlerine bırakılması için şartlar sağlanmıştır. Hasta / yaralı taşınması yanında organ nakli vakası da ambulans uçaklar sayesinde yerine ulaştırılmıştır.

1.3. İKİNCİ BASAMAK KAMU İDARESİ SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA ETKİLERİ

GSS sürecinde kamu idaresi sağlık hizmetlerinin sunumundaki farklılık ortadan kalkmıştır. Ayrıcalıklar kaldırılarak; SSK, Kamu İktisadi Teşekküllerine ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastaneler devlet hastanesi olarak merkezileştirilmiştir.

GSS öncesinde MSB’ ye bağlı hastaneler, temel olarak askeri personele ve yakınlarına; SSK hastaneleri ise yalnızca SSK’ lılara hizmet sunmaktaydı. SSK’ lılar ilaçlarını hastane içerisindeki eczanelerden temin etmek durumundaydı. Üniversite hastaneleri SSK’ lı vatandaşlara sınırlı düzeyde hizmet vermekteydi. GSS ile birlikte sağlık hizmetleri sunumundaki tüm bu adaletsizlikler giderilip, SGK kapsamındaki vatandaşların diledikleri sağlık hizmeti sunucusuna başvurabilmesi imkanı sağlanmıştır.

Mevcut yapı içerisinde kamu idaresi hastanelerinde şikayetler yüksek olduğundan değişiklik acil bir ihtiyaç olarak göze çarpyordu. Ancak kamu sektörü rekabet alışkanlığından yoksun, rekabeti engelleyen yasal yönetsel sınırlılıkları bulunan, personeli performansına göre farklı ücretlendirme, kesinti yapma, işten çıkarma gibi konularda sıkıntılar, olan bir durumda bulunuyordu. Tüm bu kısıtlara rağmen kamu sağlık hizmeti sunucularında bilinç artmış, modern işletmecilik yöntemleri uygulamaya konulmuştur. Devlet

hastanelerinde kalite standartları belirlenmiş, performans uygulamaları başlanmıştır. Sağlık sistemindeki gelişmeler sonucunda kişilerin sağlık hizmeti talebinde bulunacakları hastane alternatifleri artmıştır. Bu nedenle kamu idaresi hastanelerindeki yığılmaların önüne geçilmiştir.

Kamu idaresi hastaneleri de özel hastanelerin sunduğu konfor, hasta ilgisi, yönlendirme gibi fark oluşturacak hizmeti sunmaya başlamışlardır. Devlet hastanelerinin ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri'nin tamamında hekim seçme uygulaması getirilmiş ve hastaların şikayetlerine çözüm bulmak üzere "Hasta Hakları Birimleri" kurulmuştur.

Hizmette kalite standartlarının tüm hastaneler için gerekli olan maddelerine uyumluluk süreci sağlıkta yeni bir dönem başlatmıştır. Mavi, pembe, beyaz kod gibi acil durum kodları devreye girmiştir.

Mavi kod, tüm dünyada tıbbi acil durum için kullanılan koddur. Hastane içerisinde acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hasta, hasta yakınları ya da hastane personeli için en kısa sürede uzman ekip ile müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır.

Pembe kod, kadın doğum ve çocuk servislerinde bulunan bebek ya da çocuk hastayı kaçırma tehlikesinin tespit edilmesi halinde uygulanır⁹. Beyaz kod, hastanede çalışanlara yönelik şiddeti önlemek için uyarı sistemidir. Bu kodlara yönelik ilk aranacak kişiler ve anons yapılması ile ilgili acil çağrı sistemleri organize edilmiştir.

1.4. İKİNCİ BASAMAK ÖZEL SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA ETKİLERİ

Nüfus artışı ve devletin küçülme çabaları neticesinde 1981 yılından itibaren özel sektör desteklenmeye başlanmıştır. Özel sektör sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmış, gümrük muafiyeti, yatırım indirimi, faiz iadesi, vergi istisnaları, enerji desteği gibi ayrıcalıklar tanınmıştır. Bizzat kamu eliyle vatandaşların özele doğrudan ya da dolaylı olarak yönlendirilmesi özel sağlık sektörünün büyümesine sebep olmuştur.

Özel sektör için sağlık hizmeti avantajlı, karlı bir yatırım aracı olmuş ve ilgi artmıştır. Ancak halen ülkemizdeki sağlık hizmetleri çok büyük ölçüde kamu ağırlıklıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamına yakını, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise çok büyük bir

⁹ Çakmak, a.g.e., s. 36.

kısmı kamuya aittir. GSS ile birlikte özel sektör yatırımları, geleceğe ilişkin önümüzdeki yıllarda sahip olduğu payın artacağına ilişkin işaretler vermektedir. Bu yatırımların bir kısmı zincir hastane büyüklüğüne ulaşmıştır.

GSS ile birlikte ikinci basamak özel sağlık hizmeti sunucuları farklı açılardan etkilenmeye başlamıştır. GSS' nin ikinci basamak özel sağlık hizmeti sunucularına olan etkileri “Süreç”, “Rekabet”, “Sınıflandırma”, “Nicelik”, “Sağlık Hizmeti Kullanımı”, “Mali Değişim”, “Sağlık Personeli” ve “Sağlık Hizmeti Kalitesi” olmak üzere sekiz grupta incelenebilmektedir.

1.4.1. Süreç

Süreç içerisinde vatandaşların sağlık hizmetine erişim kolaylığı ve etkinliğini arttırmak için prosedürde bir dizi yenilik olmuştur.

Yıllar itibariyle GSS öncesi ve sonrası dönem incelendiğinde, 2003 yılında Devlet Memurları ve Emekli Sandığı mensuplarının tüm branşlarda özel hastanelere kabulü ile başlayan süreç, BAĞ-KUR ve SSK mensupları ile genişlemiştir. 2005’ te BAĞ-KUR ve SSK mensupları yatarak tedavide Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi branşlarında, 2006 yılında ise tüm branşlarda özel hastanelerden yararlanabilir duruma gelmiştir.

2006 yılında her özel sağlık hizmeti sunucusu ilave ücret miktarını, karşılayabileceği hasta sayısına göre kendisi belirlemiştir. SSK mensupları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler muayene için ilave ücret ödemektedirler. Ancak muayene, tetkik, ameliyatlardan ilave ücret almayan hastaneler de olmuştur.

2007 yılında SGK ile sağlık hizmeti sunucuları arasında sözleşme imzalanarak, daha önce karşılanmayan ameliyatlara devlet tarafından karşılanmaya başlanmıştır. Aynı yıl devletin ödeyeceği fiyatların duyurulduğu, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetleri giderlerinden yararlanma esas ve usullerinin belirlendiği SUT çıkarılmıştır.

Sağlıkta yapılan açılımlar ve vatandaşa sağlanan imkanların doğal sonucu olarak artan sağlık harcamaları yıllar itibariyle yükselmiştir. SGK, artan sağlık harcamalarının

kontrol edilebilir bir oranda kalmasını sağlamak ve disipline etmek amacıyla bazı çalışmalar gerçekleştirmişir¹⁰.

2008 yılında devlet tarafından çıkarılan genelge ile özel hastanelerin SGK mensupları başvurduğunda aldığı muayene katkı payı ücreti 8 – 9 – 10 TL. ile sınırlandırılmıştır. Kurumlar bu ücretin üzerinde muayene ücreti talep edememektedirler, ancak öğretim üyesi farkı alabilmektedirler.

SGK mensupları için Manyetik Rezonans (MR), Bilgisayarlı Tomografi (BT) vb. ileri tetkiklerden % 30 oranında ilave ücret alınabilme şartı dışında tahlil ve tetkiklerden ilave ücret alınmamaktadır. Devlet memurlarından ise tahlil, tetkik ve ameliyatlardan ilave ücret alınabilmektedir.

2008 yılında hastalar özel hastaneye gittiği için, bedel ödemek zorunda kalmıştır. Sağlık ocağına 2 TL, 2. ve 3. basamak hastanelere 8 TL ve özel hastaneye 15 TL katkı payı ödenmektedir. Özel sağlık hizmeti sunucuları, SGK mensubu için SUT’ da belirtilen otelcilik hizmetleri farkı dışında veya devlet memuru için Bütçe Uygulama Talimatı (BUT)’ nda belirtilen fiyatın % 30’ undan fazla miktar ilave ücret (özel hastane farkı) hastadan talep edememektedir. Tek yataklı veya suit oda için belirlenen oda ücretinin hastadan en fazla üç katını talep edebilmektedir.

Faturası kuruma kesilmek üzere, acil durumda olan hastalardan hiçbir ücret alınmamaktadır. Uygulamalardan haberdar ve memnun olan kişilerin fazlalaşmasıyla birlikte hasta sayısı da katlanarak artmıştır.

2008 yılında hastalardan istenen sevk, vizite ve karne koşulu kalkmıştır. Hastalar kimlik numarası vererek hastanelere başvurabilmektedirler. İşlemlerin tümü MEDULA ile yapılmakta, hastanelerden veri akışı sağlanmaktadır. Aynı yıl eczanelerde katkı payı uygulamasına geçirilmiştir.

2009 yılında eczane katkı payı sağlık ocakları için iptal edilmiştir. Sevk zinciri uygulamasının geçerliliğinin sağlanması için birinci basamak sağlık hizmeti sunucularından ücret alınmayarak hastalar teşvik edilmiştir. 2. basamak kamu idaresi hastaneleri için 3 TL, eğitim araştırma hastaneleri için 4 TL, üniversite hastaneleri için 6 TL ve özel hastaneleri

¹⁰ T.C. Başbakanlık DPT, 9. Kalkınma Planı 2011 Yılı Programı, ss. 212-228.

için 10 TL katkı payı ödenmektedir. Aynı yıl özel sağlık hizmeti sunucuları BUT ve SUT' da belirtilen fiyatların % 30' unu ilave ücret olarak alabilmektedirler.

2010' da üniversite ve özel hastaneler sınıflandırılmıştır. Hastanelerin mevcut donanımı, cihazları, personel sayıları sundukları hizmet kalitesi ve başarı oranları dikkate alınarak gruplandırma yolu ile denetlenip belirlenerek ilave ücret miktarları oluşturulmuştur (A, B, C, D, E Grubu hastaneler % 90, % 80, % 70... vb.).

2010 yılında A grubu hastaneler % 70 oranında ilave ücret alabilmektedirler. Eczane katkı payı 2. ve 3. basamak kamu idaresi hastanelerinde 5 + 3 TL, özel hastanelerde 12 + 3 TL.' dir. Özel hastaneler 12 TL' yi kendileri tahsil etmektedir. Emeklilerin 3 TL.' lik eczane katkı payları maaşlarından kesinti yapılmaktadır.

GSS ile birlikte özel sigortalı hastalardan çok SGK' lı hastalara hizmet vermeye başlayan özel sağlık hizmeti sunucuları hasta yoğunluğu, artan hastane giderleri ve olması beklenen özel sağlık kurumu kalitesi arasında bir denge oluşturma çabasına girmişlerdir. İlerleyen dönemlerde devletin bu kaliteyi standartlaştırmak ve süreklilik isteği zorunlulukları beraberinde getirmiştir.

GSS' nin uygulamaya konulmasıyla özel sağlık hizmeti sunucularının kapıları vatandaşlara açılmıştır. Hastalar daha önce tercih edemedikleri özel hastanelerden hangisinde muayene olmak isterlerse katkı payı ve ilave ücret ödeyerek onu tercih edebilir duruma gelmişlerdir. Artık ayakta ve yatarak tedavilerde sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularına doğrudan müracaat edilebilmektedir.

GSS öncesinde sosyal güvencesi SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı olan vatandaşlar için sağlık hizmetleri kamu hastanelerinde ücretsiz olarak sağlanmaktaydı. Kamu idaresi hastanelerinde dahi her muayenede katılım payı ve ilaç katkı payları alınmaya başlanmıştır. Ayrıca, özel hastanelere giden hastalar daha fazla ücret ödeyerek bir şekilde cezalandırılmış olmaktadır. Ancak günümüz sağlık hizmeti kalitesi 2005 öncesine göre çok daha iyi olduğundan, özel hastanenin konforunu yakalamak isteyen hasta ilave ücret ve katkı paylarını vermekten çekinmemektedir. GSS' nin ilk uygulandığı yıllarda katkı payı ve ilave ücret alınmadığından hasta özel ilgi gösteren hekim, erken tahlil, erken ameliyat tarihi gibi hizmetlere alıştığından dolayı bundan vazgeçememektedir.

Sağlık personeli açısından giderek artan ve özel hizmet bekleyen hasta sayıları olumsuz etki oluşturmaktadır. Aynı kalitede hizmeti daha kısa sürede, daha fazla yoğunlukta,

tartışma, hakaret ve şiddet olayları altında gerçekleştirmek zorunda kalmaktadırlar. En ufak sorunda hasta hakları birimine giden, direkt Bakanlığa bağlı telefonlarla şikayet eden hastalar sağlık personeli üzerinde hedef olma psikolojisi ve gerginlik oluşturmaktadır.

Yaşanılan olumsuzluklara rağmen gerek kamu kesiminde, gerekse özel sektörde müşteri odaklı olamayan ve hasta memnuniyetini esas almayan bir hizmet anlayışının çağdaş bir sağlık hizmeti olarak değerlendirilmesinin mümkün olmadığı bilinciyle hareket edilmelidir¹¹.

1.4.2. Rekabet

Ülkemizde sağlıklı olma bilinci artmasıyla, özel sağlık sigortalılarının sayısı da artmaktadır. Bu sigortalılar kamu idaresi hastaneleri yerine kalite, hizmet, hız gibi nedenlerle daha iyi koşullarla karşılaşmak için özel hastaneleri tercih etmektedirler. GSS ile birlikte özel hastanelerin kapıları SGK kapsamındaki tüm vatandaşlara açıldığında ise; hem özel sağlık sigortalılara, hem de cepten ödeme yapan vatandaşlara hizmet veren özel hastaneler yeni durumlarla karşılaşmışlardır.

Özel hastaneler yoğunluk, kalite düşüşü gibi nedenlerle kaçan özel sağlık sigortalılarının yerine, maliyetleri kontrol altında tutabilmek için daha fazla SGK' lı hasta çekme, gelen hastaları memnun etme ve hastanın ihtiyaç duyduğunda tekrar aynı hastaneyi tercih etmesini sağlama gibi problemlerle karşı karşıya kalmışlardır. Rekabetin gittikçe artması ve sonuçları sağlık yöneticilerinin gündemlerindeki konular haline gelmiştir.

Rekabet, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyan ya da talep eden kişiler için fiyat ve hizmet seçeneklerini arttırmıştır. Daha önce özel sigortalılara hizmet eden özel hastaneler, fiyatlandırma politikalarını değiştirerek ve SGK ile anlaşma yaparak farklı kitlelere de hitap edebilir duruma gelmiştir¹².

Özel hastaneler sağlık alanında isim yapmış doktorları kendi bünyelerine katmakta ayrıca son teknoloji Tomografi, MR, Pozitron Emisyon Tomografi (PET) gibi cihazlar ile verdikleri hizmeti desteklemektedirler. Hastaneler kendi üstün oldukları özellikleri

¹¹ Halil Zaim – Mehveş Tarım, “Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması”, **Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**, S. 59, C.2, 2010, s.8.

¹² Mustafa Akçay, Türkiye’de Özel Hastanelerin Sunmuş Olduğu Hizmetlere Pazarlama Bakış Açısı, Stratejik Pazarlama ve Marka Yönetimi Yüksek Lisans Programı Uzmanlık Projesi, T.C. Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2011, ss. 31-32.

kullanarak kısa dönemde avantaj elde ederken, zayıf oldukları noktaları düzelterek de uzun döneme hazırlık yapmaktadırlar.

Özel hastanelerdeki rekabete paralel olarak, kamu idaresi hastaneleri de getirilen performans ve kalite standartları ile hem kendi içlerinde hem de özel hastanelerle daha fazla hasta çekebilmek için gayret eder duruma gelmiştir.

Hastaların kamu ya da özel hastaneleri hangi faktörlerden etkilenecek tercih ettiğine dair yapılan bilimsel araştırmaların sonuçları belirtilmektedir.

Hastaların hastane seçiminde, ilk sırada merkeze yakınlığı “ulaşılabilirlik”, ikinci sırada teknoloji düzeyi “modern cihaz ve ekipmana sahip olma”, üçüncü sırada ise hastalar ve toplum üzerinde bırakılan “imaj” faktörünün etkili olduğu görülmüştür¹³. Diğer bir çalışmada ise hastane seçiminde ilk olarak SGK ile anlaşması olması etkili iken, ikinci olarak tavsiye edilmesi öne çıkmaktadır. Daha sonraki fiyat, etkide bulunmaktadır. Üniversite hastanesinde yapılan diğer bir araştırmada ise sosyal güvence ve sevk, tercih etmede başta gelen sebep olarak belirtilmiştir. Katılımcıların % 65’ inin genel olarak memnun olduğu sonucu ortaya çıkmıştır¹⁴.

Kamu hastanelerine başvuruda etkili faktör ücretin uygunluğu iken, özel hastanelerde ise modern ekipmanlar, teknoloji, sıra beklemek zorunda kalınmaması; personelin, doktorların nazik, ilgili davranması ve daha çok zaman ayırması etkilidir.

Kamu hastanelerine gelen hastaların memnun kalmamalarında başlıca sebepler ise; doktorların kendilerini dinlememeleri ve yeterince zaman ayırmamalarıdır. Özel hastanelerde ise daha çok uygulanan tedavi ve tedavinin seyri konusunda doyurucu bilgi alamamak, doktorların hastasının anlayamayacağı terimler kullanması, hastanenin fiziksel imkanlarının ya da temizliğinin yetersiz olması ve bekleme süresinin uzamasıdır¹⁵.

Özel hastaneye başvuran hastaların yaş ortalaması daha düşük ve eğitim düzeyleri yüksektir. 31 yaşına kadar olan kişilerin ve gelirleri yükseldikçe özel hastaneyi tercih etme

¹³ Dilaver Tengilimoğlu, “Hasta Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması”, **Gazi Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, S. 1, 2001, ss. 93-94.

¹⁴ Muhammed Fatih Önsüz v.dğr., “İstanbul’da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi”, **Marmara Medical Journal**, S. 21, C. 1, 2008, ss. 41-42.

¹⁵ Büyüksavaş, a.g.tz., s. 54.

eğiliminde oldukları bulunmuştur¹⁶. Özel hastaneye başvuran hastaların büyük çoğunluğunun çekirdek aileye sahip ve özel sektör çalışanı olduğu, ayrıca muayene olacağı doktorun adını bilerek hastaneye geldiği tespit edilmiştir¹⁷.

Hastaların, kamu hastanelerinde hiçbir ücret ödemeksizin tüm işlemlerini gerçekleştirebilirlerken bazı özel hastanelerde “ücret farkı” adı altında düşük sayılabilecek miktarlarda bir katkı payı ve ilave ücret ödemeleri hastane tercihini değiştiren bir unsur olmamakta, onları rahatsız etmemektedir. Diğer nedenlere göre oldukça düşük düzeyde etkili olan faktör, reklam ve tanıtımdır. Bu durumda hastanelerin reklam ve tanıtıma bütçelerinden büyük bir pay ayırmalarına gerek olmadığı düşünülebilir¹⁸.

Tıpkı diğer hizmetlerde olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de hastaya en iyi tıbbi bakımı veren ve onu diğer hizmetler (hizmetin hızı, personelin ilgisi ve nezaketi, fiziksel, idari, teknik ve bürokratik kolaylıklar vb.) açısından memnun eden hastaneler hastanın ilgisini daha çok çekmektedir. Rakiplerinden sıyrılarak öne çıkmak isteyen özel hastaneler, bu konulara çözüm getirerek; hastalara sundukları hizmet kalitesini yükselterek onları kazanmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, hasta bağlılığı, kalite yönetimi gibi konuların önümüzdeki yıllarda da sıkça gündemde olacağı söylenebilir¹⁹.

Sağlıkta dönüşüm süreci, SGK ile sözleşme yapan hastane ve diğer sağlık hizmeti sunucularını sağlık hizmeti alma açısından eşit kılmaktadır. Öngörülen bu sistem, bugünkü uygulamayla kıyaslandığında özel sağlık hizmeti sunucularını çok büyük oranda teşvik etmektedir. Bu öngörü, kamu idaresi ve özel sağlık hizmeti sunucularını ulaşılabilirlik yönüyle denkleştirmek amacını gözetmekte olup, özel hastaneler aleyhine olan durumun düzeltilmesi olarak da kabul edilebilir. Bu sayede, özel sektör eliyle sağlık hizmeti arzının artması ve sağlık hizmetleri ihtiyacının daha iyi karşılanması, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin yükselmesi, hastaların sırada bekleme sürelerinin azalması, hekim seçme

¹⁶ Erkan Özdemir – Serkan Kılıç – Z.Berna Aydın, “Sosyal Güvenlik Reformu Sonrası Tüketici Olarak Hastaların Hastane Seçimi: Pazarlama Açısından Bir Alan Araştırması”, **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C. 19, S. 1, 2010, s. 3-5.

¹⁷ Büyüksavaş, a.g.tz., ss. 19-20.

¹⁸ Münevver Turanlı – Özlem Deniz Başar, “Sağlıkta Dönüşüm Uygulaması Sonrası Hastane Tercihlerindeki Değişimin İncelenmesi”, **Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, C.13, S.1, 2011, s.104; Zerenler – Ögüt, a.g.m., s. 515.

¹⁹ Ramazan Erdem v.dğr., “Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi”, **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, S. 31, 2008, s. 96.

ve hastane seçme hakkının uygulanabilirliği ile sağlık hizmeti sunucuları arasında rekabetin ve kalitenin artması hedeflenmiştir²⁰.

Gelir düzeyi yüksek vatandaşların kamu hastanelerini tercih edecek olması, büyük oranda rahatlama sağlayacaktır. Böylece gelir düzeyi düşük olan vatandaşlara daha çok imkan sağlanabilecektir. Tıp merkezleri gerekli şartları taşıması durumunda, hastaneye dönüştürülebilecek ya da tıp merkezleri birleşerek hastane haline gelebilecektir²¹.

Devletin sağlık hizmetlerindeki payının azalması, özelleşme ve özel hastanelerin yaygınlaşmasının zararları arasında ise, sağlık hizmeti alanının ticarileşmesi ve amacı sadece kar olan özel sektöre devredilmesi ile sosyo ekonomik açıdan orta-alt düzeyde bulunan kitlenin sağlıklı yaşama hakkı yok sayılmış olması yer almaktadır. Sağlıkta dönüşümün en önemli eleştirilerinden biri de, sağlık hizmetlerinin hak olmaktan çıkarılması sosyal devletin sağlık yönüyle ortadan kaldırılması ve sağlık hizmetinin piyasalaştırılması düşüncesidir. SGK, artık özel sağlık sektörünün garantörü ve finansörü konumuna gelmiştir.

Hasta olan kişi, doktordan ve diğer sağlık personelinden insancılık beklemektedir. Özelleşmiş bir sistemdeki hastaneler insancılıktan uzaklaşıp, işletmelere dönüşmüş duruma gelebileceklerdir. Verimliliği arttırmak ve hizmet sunumunda rekabeti sağlamak amacıyla özel sigortalar riski daha az olan bireyleri seçecekler, özel sağlık hizmeti sunucuları da yine geliri yüksek olanlara hizmet vereceklerdir. Sonuçta yoksullar, kırsal kesimde ve gecekonduda yaşayanlar aleyhine bir durum yaratılacaktır. Özel sağlık sektörü aktörlerinin karı maksimize etme kaygıları maliyetlerin yükselmesine neden olacaktır²².

1.4.3. Sınıflandırma

2002 yılında yayınlanan “Özel Hastaneler Yönetmeliği”nde özel hastanelerin sınıflandırılacağı belirtilmiştir. Belirli kriterlere göre sınıflandırma yapılacağı ise ilk defa 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu’nda ifade edilmiştir.

2010 yılında SGK Başkanlığı’ nın, Özel Hastaneler İle Vakıf Üniversite Hastanelerinin kalitesini sınıflandırmak ve şartları hakkında ayrıca Özel hastanelerin puanlandırılması ve ilave ücret alınması hakkındaki yönergenin ilgili hükümleri gereğince

²⁰ Sedat Bostan, “Genel Sağlık Sigortasının Öngördüğü Değişimin Kamu Hastanelerine Yönelik Riskleri”, **Sağlık Hakkı Dergisi**, S. 2, 2007, www.haksay.org/files/sedat01.doc, (13.03.2011), ss. 52-53.

²¹ Büyüksavaş, a.g.tz., ss. 40-44.

²² Büyüksavaş, a.g.tz., ss. 31-32.

denetimler yapılarak Türkiye genelinde 393 hastane için puanlar hesaplanmıştır. Hastane puan ölçütleri; Hizmet Kalite Standartları (HKS) (250 puan), hastane hizmet dilim endeksi (550 puan), kapasite (100 puan), çalışan hakları ve hukuki sorumluluklar (100 puan) olarak dört gruptaki şartlara uygunluk kontrol edilmiştir.

HKS, rehberdeki maddelere göre uygunluğun belirlendiği ve puan verildiği bir başlıktır. Hastane hizmet dilim endeksi, hastanelerin kurumla sözleşmeli branşlar dahilinde sunmuş oldukları sağlık hizmetine ilişkin MEDULA sistemi esas alınarak hesaplanan işlemlerdir. Kapasite, toplam yoğun bakım ve hasta yatak sayısı, yatak başına düşen kapalı alan, ameliyathane oda sayısı, yatak başına düşen hemşire sayısı gibi faktörlerden oluşur. Çalışan hakları içerisinde çalışan güvenliği, personel devir hızı, maaşların seviyesi ve zamanında ödenmesi, sigorta primlerinin düzenli oluşu, günlük prime esas kazanç tutarı gibi faktörlerden oluşur.

Bu puanlamaya göre A, B, C, D ve E sınıflarında hangi hastanelerin yer aldığı açıklanmıştır. 801 - 1000 arasında puan alan A sınıfı hastaneler 01.01.2010 tarihinden itibaren % 70 oranında ilave ücret alabilmektedirler. 601 – 800 arasında puan alan B sınıfı hastaneler % 60, 401 – 600 arasında puan alan C sınıfı hastaneler % 50, 201 – 400 arasında puan alan D sınıfı hastaneler % 40 ve 200 puana kadar olan E sınıfı hastaneler ise % 30 oranında ilave ücret alabileceklerdir.

Her yıl hesaplanacak olan hastane puanlamalarında SGK ve SB' yi temsilen ikişer, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği' ni temsilen ise bir kişi olmak üzere beş üyeden oluşan bir komisyon oluşturulmuştur. Bundan sonraki süreçte de bu komisyon hastaneleri sıkı bir kontrolden geçirerek habersiz denetimler yapabilecektir. Denetim sonuçlarına göre hizmet kalitesini düşüren özel hastanenin puanı kırılıp bir alt gruba gönderilecektir. Böylece alacağı fark ücreti de düşecektir. Değerlendirmede kullanılacak faktörler hastaneleri sınıflandırmaya yönelik olması yanında hastanelerin kalitesini, performansını ve verimliliğini artırmaya yöneliktir.

1.4.4. Nicelik

GSS öncesinde özel sağlık hizmeti sunucularının sayısı sınırlıydı, GSS sonrasında ise devlet teşvikleri ve düzenlemeleri ile birlikte özel hastane sayılarında büyük artış yaşanmıştır. Ülkemizde uzun bir dönem boyunca yalnızca Acıbadem, Alman Hastanesi,

Florance Nightingale gibi belli başlı hastaneler ön planda iken artık marka olmuş hastaneler farklı il ve ilçelerde yeni şubeler açarak zincir hastaneler grubu olmuşlardır.

Özel hastaneler büyüklü küçüklü ülke geneline yayılmakla birlikte ağırlıklı olarak başta İstanbul olmak üzere büyükşehirlerde yoğunlaşmıştır. Büyükşehirlerin semt ve ilçelerinde kamu idaresi hastanesi bulunmazken, özel hastaneler bu açığı kapatmışlardır. Ayrıca genel hastane yanında göz, mikrocerrahi, kulak burun boğaz, ortopedi, fizik tedavi vb. özel dal hastaneleri ve tıp merkezleri de ilave olmuştur²³.

Sağlık sektöründe özelin payı arttığı gibi sağlık alanındaki yatırımlar da hız kazanmıştır. Temel tedavi hizmetlerinde ve yatak kapasitesi gibi teknik büyümeye ilaveten finans – kapital boyutunda da hacim kazanmaya başlamışlardır. İstanbul Menkul Kıymetler Borsası' nda son yıllarda en çok işlem gören şirket hisselerine özel hastane gruplarının girmeye başladığı görülmektedir²⁴.

Sağlık hizmetlerine ilişkin verilerin analizi ve değerlendirilmesi, önceliklerin belirlenerek ihtiyaçlara uygun gelecekte yapılması gerekenlerin planlanması açısından sağlık istatistikleri önem taşımaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti kalitesinden söz edebilmenin başta gelen şartlarından biri, sağlık hizmetleri istatistiklerindeki verilerden yararlanarak kanıta dayalı ve bilimsel olarak karşılaştırma yapabilmektir. GSS' nin ikinci basamak özel sağlık hizmeti sunucularına nicelik yönüyle etkilerini görebilmek amacıyla da istatistiksel tablolardan yararlanılmıştır.

Tarih aralığı olarak 2000 ile 2010 yıllarının seçilmesinin nedeni 2008 yılında uygulamaya konulan GSS öncesi ve sonrasındaki dönemsel değişimin değerlendirilmesidir.

1.4.4.1. Yataklı Sağlık Hizmeti Sunucusu Sayıları

İkinci basamak sağlık hizmeti sunucuları arasında yer alan yataklı sağlık hizmeti sunucuları genel hastane ve özel dal hastanelerinin tümünü kapsamaktadır. Hastaneler; “Kamu idaresi” ve “Özel” olarak ikiye ayrılmaktadır. “Kamu idaresi” hastaneleri, SB’ ye bağlı, diğer bakanlık ve resmi kuruluşlara ait, üniversite, belediye ve SSK olmak üzere beş grupta incelenebilmektedir.

²³ Türkan Temel, “Türkiye’de Özel Hastaneler Sektör Profili”, İstanbul Ticaret Odası, www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-71.pdf, (18.06.2012), 2003, s. 4.

²⁴ Kansu Yıldırım, “Özel Sağlık Sektörünün Parametreleri”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, C. 26, S., 2, 2011, s. 140.

Tablo 2.1. Yataklı Sağlık Hizmeti Sunucusu Sayıları (2000-2010)

	Sağlık Bakanlığı	Resmi	Üniversite	Belediye	SSK	Özel	Özel hariç	Toplam	Özel %
2000	743	10	42	9	118	261	922	1 183	22
2001	752	10	43	9	118	267	932	1 199	22
2002	654	10	50	9	120	271	843	1 114	24
2003	668	10	50	9	121	274	858	1 132	24
2004	683	8	52	8	146	278	897	1 175	24
2005	793	6	53	9	-	293	861	1 154	25
2006	767	1	56	6	-	331	830	1 161	29
2007	848	1	56	5	-	365	910	1 275	29
2008	847	1	57	3	-	400	908	1 308	31
2009	834	1	59	3	-	450	897	1 347	33
2010	843	1	62	2	-	489	908	1 397	35

Kaynak: T.C. TÜİK, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6, (10.01.2013).

Not: Askeri hastaneleri kapsamaz.

Tablo 2.1.' de toplam yataklı sağlık hizmeti sunucuları sayıları 2005' ten sonra sürekli artış eğiliminde olsa da 2000 – 2010 yılları arasında inişli çıkışlı bir seyir izlemiştir. Yataklı sağlık hizmeti sunucuları içerisinde olan SSK Hastaneleri, 2005 yılından sonra SB Hastaneleri içerisine dahil edilmiştir. Toplam yataklı sağlık hizmeti sunucusu sayıları 2005 – 2010 yılları arasında % 21' lik artış sağlamıştır.

2000 – 2010 yılları arasında özel hastaneler sürekli artış eğilimindedir. 2000 – 2010 yılları arası % 87 artış gözlenmektedir. Özel hastanelere en yakın artış oranı üniversite hastane sayılarında yaşansa da % 48 oranını aşamamıştır. Özel hariç tutulduğunda diğer yataklı sağlık hizmeti sunucuları % -2 oranında azalmıştır. Yıllar içerisinde özel hastanelerde % 13' lük oran ile en yüksek artış, 2009 yılında gerçekleşmiştir.

2005 yılında toplam sağlık hizmeti sunucuları içerisinde özeline payı % 25 iken 2010 yılında % 35 olmuştur. 2005 yılı ile birlikte toplam sağlık hizmeti sunucuları arasında özeline payı ciddi oranda artışa geçmiştir. Sonuç olarak 2000 – 2010 yılları arasında GSS ile birlikte ülke genelinde özel hastanelerin genel sağlık hizmeti sunumu içerisindeki payı hissedilmeye başlanmıştır.

1.4.4.2. Yataklı Sağlık Hizmeti Sunucusu Yatak Sayıları

Sağlık hizmeti sunucusu yatakları, düzenli olarak bakımı yapılan hazır durumdaki, hastaların müşahade ve tedavileri için kullanımlarına ayrılmış, özel personeli olan koşullara ya da hastaların 24 saatten fazla tıbbi bakım alabileceği hasta odalarına veya hastanenin birimlerine yerleştirilen dolu veya boş yataklardır. Bahsi geçen yataklar *Fiili Yatak* olarak adlandırılır. *Kadro (Kontenjan) Yatağı* ise, hastaneye Bakanlık onayı ile tahsis edilen yatak sayısıdır. Yataklarla ilgili tüm hesaplamalarda hastanelerin kapasitesini gösteren fiili yatak sayıları kullanılmıştır.

Fiili ve kadro yatak sayısına; prematüre ve yenidoğan ünitesindeki kuvözler, yoğun bakım, doğumhane, anestezi ve uyanma odasındaki, ameliyathane, yanık merkezi, poliklinik, laboratuvarlardaki ve yanık odalarındaki yataklar, diyaliz ünitesindeki yataklar, depolardaki, kesin olmayan ve geçici yataklar; refakatçi yatakları aksi belirtilmedikçe dahil edilmektedir²⁵.

Ülke genelinde SB, üniversite, belediye, 2004 yılına kadar SSK' ya bağlı genel hastaneler, ruh sağlığı ve diğer özel dal hastanelerinden²⁶ oluşan kamu idaresi ve özel sektöre ait olan özel sağlık hizmeti sunucularındaki yatak sayıları tablolaştırılmıştır.

²⁵ T.C. S.B. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 13.01.1983, S. 17927, 2005, s. 48.

²⁶ T.C. SB, "Uluslararası Sağlık Göstergeleri ve Tanımları", sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyostatistik(14).pdf, (07.12.2012), s. 120.

Tablo 2.2. Kamu İdaresi ve Özel Sağlık Hizmeti Sunucusu Yatak Sayıları

	Sağlık Bakanlığı	Resmi	Üniversite	Belediye	SSK	Özel	Toplam	Özel %	Özel Hariç
2000	69 089	1 486	23 838	1 130	27 245	12 162	134 950	9	122 788
2001	71 624	1 599	25 296	1 133	29 221	11 837	140 710	8	128 873
2002	72 988	1 313	26 341	1 136	29 706	12 387	143 871	9	131 484
2003	74 669	1 118	26 619	1 140	29 912	12 917	146 375	9	133 458
2004	78 595	460	28 025	1 140	33 010	12 671	153 901	8	141 230
2005	113 766	918	29 014	1 155	-	13 876	158 729	9	144 853
2006	119 328	808	31 193	983	-	14 639	166 951	9	152 312
2007	120 228	789	30 978	899	-	17 397	170 291	10	152 894
2008	119 310	910	29 912	1 095	-	20 938	172 165	12	151 227
2009	122 354	910	30 112	1 095	-	25 178	179 649	14	154 471
2010	119 891	-	35 001	1 095	-	28 063	184 050	15	155 987

Kaynak: T.C. Başbakanlık, Kamu ve Özel Yataklı Sağlık Kurumları Yatak Sayıları, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6, (10.01.2013).

Sağlık hizmeti altyapısında son yıllarda özellikle yatak sayıları açısından büyük oranda iyileşmeler görülmektedir. Tablo 2.2.' de kamu idaresi ve özel sağlık hizmeti sunucularındaki yatak sayıları 2000 – 2010 yılları arasında sürekli olarak artmıştır.

2000 – 2010 yılları arasında özel hariç kamu idaresi sağlık hizmeti sunucusu yatak sayılarında % 27 artış, özel sağlık hizmeti sunucusu yatak sayılarında ise % 131 artış yaşanmıştır. Özel sağlık hizmeti sunucularındaki yatak sayılarında 2001 yılından sonra sürekli artış eğiliminde olmuştur. 2005 yılından sonra büyük bir ivme gözlenmiştir. En yüksek artış, 2008 - 2009 yılları arasında % 20 oranıyla yaşanmıştır.

2010 yılında toplam yatak kapasitesinin % 19' u üniversite hastanelerin, % 66' sı SB ve belediyelere ait hastanelerin ve % 15' i özel hastanelerin olduğu görülmektedir.

1.4.5. Sağlık Hizmeti Kullanımı

Sağlık hizmetlerinin kullanımını gösteren başlıca konular birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularına başvurular, kişi başına düşen müracaat sayıları, yatan hasta

sayıları, ameliyat sayıları, müracaat sayısına göre fatura bilgileri ve fatura tutarları, yatak işgal oranları, ortalama kalış günü, yatak devir hızı ve toplam yatılan gün sayılarıdır.

1.4.5.1. Müracaat Sayıları

Sağlık hizmeti sunucusu müracaatları SB, üniversite ve özel olarak 3 gruba ayrılmaktadır. SB içerisinde devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleri yer almaktadır.

Tablo 2.3. Sağlık Hizmeti Sunucusuna Göre Müracaat Sayıları (Bin)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SB	109.737	113.935	135.169	164.758	189.422	209.630	216.724	228.279	235.173
Üniversite	8.891	9.638	10.685	11.494	12.589	15.025	18.291	19.365	20.099
Özel	5.681	6.161	6.997	11.048	15.529	24.486	38.688	47.618	47.455
Toplam	124.309	129.733	152.851	187.300	217.540	249.141	273.703	295.262	302.984
Toplam İçindeki Pay (%)									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SB	88,3	87,8	88,4	88,0	87,1	84,1	79,2	77,3	77,6
Üniversite	7,2	7,4	7,0	6,1	5,8	6,0	6,7	6,6	6,6
Özel	4,6	4,7	4,6	5,9	7,1	9,8	14,1	16,1	15,7

Kaynak: T.C. Kalkınma Bakanlığı, 9. Kalkınma Planı 2012 Yılı Programı, s. 218.

Not: MSB Hastaneleri dahil değildir.

Tablo 2.3.' de 2002 – 2010 yılları arasındaki veriler incelendiğinde sağlık hizmetlerine olan talep her yıl fazlaşmıştır. 2002 – 2010 yılları arasında SB hastanelerine müracaatlarda % 114 artış, üniversite hastanelerine müracaatlarda % 126 artış ve özel hastanelere müracaatlarda ise % 735 artış yaşanmıştır. Müracaat sayısındaki artışta, kamu idaresi hastanelerinin tek çatı altında toplanarak hizmet sunumundaki farklılıkların azaltılmasının, özel hastanelerdeki sağlık hizmetlerinden faydalanmanın kolaylaştırılmasının etkili olduğu söylenebilir.

Özel sektörün toplam müracaatlar içerisindeki payı 2002 yılında % 5 iken 2010 yılında % 16' ya yükselmiştir. Toplam müracaat sayısının artışında sağlık sistemindeki

değişiklikler, sağlık altyapısının iyileştirilmesi ve hizmete erişimin kolaylaştırılması bu sonuçta etkili olmuştur.

Tablo 2.4. Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başına Hastane Müracaat Sayısı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	1,66	0,13	0,09	1,88
2006	2,73	0,18	0,22	3,13
2007	2,98	0,21	0,36	3,55
2008	3,03	0,26	0,54	3,83
2009	3,15	0,27	0,66	4,07

Kaynak: T.C. SB, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı – 2009**, T.C. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C. SB Yayın No: 824, 2011, s. 99.

Not: MSB hastaneleri dahil değildir. Diğer kamu kuruluşlarına ve yerel idarelere bağlı az sayıda hastane özel hastane içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 2.4.’ de yıllara ve sektörlere göre kişi başına hastane müracaat sayıları incelendiğinde, yıllar itibariyle tüm sektörlerde artış eğilimi gözlenmektedir. 2002 – 2009 yılları arasında SB, üniversite ve özel hastanelere müracaatlar ciddi oranda artmıştır. 2002 – 2008 yılları arasında kişi başına müracaat sayılarında en büyük artış % 633 ile özel hastanelerde yaşanmıştır.

1.4.5.2. Yatan Hasta Sayıları

Yatan hasta sayıları, hastanenin polikliniğine başvurup belirli bir süre için yatırılarak tedavi görmeye başlayan hastaları ifade eder.

Tablo 2.5. Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayıları

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Özel %
2002	4.169.779	781.990	556.494	5.508.263	10
2006	5.379.198	1.165.277	1.220.176	7.764.651	16
2007	5.674.935	1.262.973	1.782.381	8.720.289	20
2008	5.959.585	1.386.449	2.338.211	9.684.245	24
2009	5.934.978	1.462.690	2.503.992	9.901.660	25

Kaynak: T.C. SB, **Sağlık İstatistikleri Yılığ** – 2009, T.C. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C. SB Yayın No: 824, 2011, s. 102.

Not: MSB hastaneleri dahil değildir. Diğer kamu kuruluşlarına ve yerel idarelere bağlı az sayıda hastane özel hastane içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 2.5.’ de 2002 – 2009 yılları arasında sektörlere göre yatan hasta sayıları incelendiğinde, yıllar itibariyle tüm sektörlerde ciddi bir artış gözlenmektedir. SB hastanelerinde % 42, üniversite hastanelerinde % 87 ve özel hastanelerde ise % 350 artış yaşanmıştır.

Özel hastanelerin yatan hasta sayısının toplam içerisindeki payı önemli oranda artmaktadır. 2002 yılında % 10 olan özel hastane payı, 2009 yılında % 25’ e yükselmiştir. Diğer kamu kuruluşlarına ve yerel idarelere bağlı az sayıda hastane özel hastane içerisinde gösterilmiştir.

1.4.5.3. Ameliyat Sayıları

Tablo 2.6. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayısı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Özel %
2000	1.110.583	299.539	224.131	1.634.253	14
2002	1.387.336	396.126	272.543	2.056.005	13
2006	2.892.910	673.282	698.211	4.264.403	16
2007	3.343.460	820.792	986.224	5.510.476	18
2008	3.792.953	904.847	1.383.671	6.081.471	23
2009	4.465.326	1.018.306	1.665.984	7.149.616	23

Kaynak: T.C. SB, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı – 2009**, T.C. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C. SB Yayın No: 824, 2011, s. 103.

Not: MSB hastaneleri dahil değildir. Karşılaştırılabilir olması amacıyla 2002 yılı için SSK hastanelerinde yapılan ameliyat sayıları SB ameliyat sayısına dahil edilmiştir Diğer kamu kuruluşlarına ve yerel idarelere bağlı az sayıda hastane özel hastane içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 2.6.' da yıllara ve sektörler göre toplam ameliyat sayıları incelendiğinde, 2000 – 2009 yılları arasında tüm sektörlerde artış gözlenmektedir. SB hastanelerinde % 302, üniversite hastanelerinde % 240 ve özel hastanelerde ise en yüksek pay olan % 643 oranında artış yaşanmıştır.

Toplam ameliyatlar içerisinde özel hastanelerde yapılan ameliyatların oranı 2000 yılında % 14 iken 2009 yılında neredeyse iki katına çıkarak % 23 olmuştur.

Tablo 2.7. Büyük – Orta – Küçük Gruplarına Göre Ameliyat Sayıları

Büyük Ameliyatlar

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Özel %
2002	596.186	195.014	146.234	937.434	16
2006	1.285.042	322.098	382.832	1.989.972	19
2007	1.402.824	344.968	508.696	2.256.488	23
2008	1.456.036	383.815	588.869	2.428.720	24

Orta Ameliyatlar

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Özel %
2002	473.789	118.545	71.334	663.668	11
2006	696.898	186.031	196.939	1.079.868	18
2007	814.589	215.307	278.601	1.308.497	21
2008	1.008.255	254.213	498.106	1.760.574	28

Küçük Ameliyatlar

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Özel %
2002	317.361	82.567	54.975	454.903	12
2006	910.970	165.153	118.440	1.194.563	10
2007	1.126.047	260.517	198.927	1.585.491	13
2008	1.328.662	266.819	296.696	1.892.177	16

Kaynak: T.C. SB, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı – 2008**, T.C. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C. SB Yayın No: 790, 2010, s. 90.

Not: MSB hastaneleri dahil değildir. Diğer kamu kuruluşlarına ve yerel idarelere bağlı az sayıda hastane özel hastane içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 2.7.’ de yıllara ve sektörler göre ameliyat sayıları incelendiğinde, 2002 – 2008 yılları arasında büyük, orta ve küçük ameliyat gruplarının tümünde ve tüm sektörlerde artış gözlenmektedir. Büyük, orta ve küçük ameliyat sayılarında en büyük artış özel sektörde yaşanmıştır.

2002 – 2008 yılları arasında toplam ameliyatlar içerisinde özel hastanelerin yaptığı büyük ameliyatlar % 16’ dan % 24’ e, orta ameliyatlar % 11’ den % 28’ e ve küçük ameliyatlar % 12’ den % 16’ya çıkmıştır.

GSS ile birlikte uygulamaya konulan MEDULA Sisteminde BUT Ek-8’ de 2009 yılı için ameliyat gruplarının kapsamı ile ilgili bir takım değişiklikler belirtilmiştir. 2008

yılından sonraki ameliyatlar A, B, C, D ve E grubu olarak değerlendirilmiş olup büyük, orta ve küçük ameliyat ayrımı ortadan kaldırılmıştır.

İlgili talimat öncesinde büyük ameliyat kapsamında değerlendirilen bazı ameliyatlar orta ameliyat kapsamına alınırken, bazı cerrahi girişim ve işlemlere puan verilmiş, daha önce ameliyat olarak sayılmayan birçok işlem küçük ameliyat (D – E) grubuna dahil edildiğinden ameliyat sayılarında artış meydana gelmiştir. Daha önce büyük ameliyatlar grubunda belirtilen sezaryen ayrı bir madde olarak istatistikleştirilmiştir.

A, B, C, D ve E gruplarında yer alan cerrahi girişim örneklerine değinilmiştir.

A Grubu Ameliyatlar: Kalp ve damar ile ilgili olan ameliyatlar ve böbrek, bağırsak vb. naklini, orta düzey tümör ile ilgili gibi işlemleri içerir.

B Grubu Ameliyatlar: Burun ameliyatları, kötü huylu deri tümörleri ve diğer tümörlerin ile ilgili işlemler, ortopedi ameliyatları vb.

C Grubu Ameliyatlar: Damak yarığı onarımı, eklem endoskopisi, bazı açma cerrahi işlemleri, geniz eti, burun plastik cerrahi ameliyatları vb.

D Grubu Ameliyatlar: Burundan yabancı cisim çıkarılması, kalp pili takılması/tekrar yerleştirilmesi, yumuşak doku tümörü açık biyopsisi, burna dışarıdan cerrahi işlemler vb.

E Grubu Ameliyatlar: Uzun bacak açılması, midedeki iyi huylu tümörler ile ilgili ve biyopsi işlemleri, sünnet vb. ameliyatları içerir²⁷.

1.4.6. Mali Değişim

1.4.6.1. Sağlık Harcamaları

Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen medikal ve paramedikal bilgi ve teknoloji kullanımı ile tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar “Sağlık Harcaması” olarak kabul edilmektedir.

Toplam sağlık harcamaları, genel devlet (kamu) ve özel sektöre ait cari sağlık harcaması ve yatırımlardan oluşmaktadır.

²⁷ T.C. S.B. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı – 2009**, Ankara, 2011, s. 136.

Tablo 2.8. Sağlık Harcamalarının Sektörlere Göre Dağılımı (Milyon TL)

	Özel Sektör	Kamu Sektörü	Toplam	Özel %	Kamu %
2000	3.058	5.190	8.248	37	63
2001	3.958	8.438	12.396	32	68
2002	5.504	13.270	18.774	29	71
2003	6.817	17.462	24.279	28	72
2004	8.632	21.389	30.021	29	71
2005	11.372	23.987	35.359	32	68
2006	13.953	30.116	44.069	32	68
2007	*	*	*	32	68
2008	15.580	42.159	57.740	27	73

Kaynak: T.C. Başbakanlık, Sağlık Harcaması, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6, (10.01.2013).

Tablo 2.8.' de 2000 – 2008 yılları arasında tüm sağlık harcamaları sürekli olarak artış göstermiştir. Kamu sektörü % 712 artarken, özel sektör sağlık harcamaları % 400 artmıştır. 2000 – 2008 yılları arasında toplam sağlık harcamaları ise % 600 artmıştır. 2008 yılında toplam sağlık harcamaları 57 milyar 740 milyon TL seviyesine ulaşmıştır.

Özel sektörün toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı 2000 – 2008 yılları arasında inişli çıkışlı bir seyir izlemiştir. En yüksek oran (% 37), 2000 yılında gözlenmektedir. 2006 yılında % 32 olan özel sektör payı, 2008 yılında % 27 olmuştur.

Kamu sektörü 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının % 63'üne sahipken, 2008 yılında % 73'üne sahip duruma gelmiştir. Kamu sektöründe sanılanın aksine GSS ile birlikte azalış değil artış meydana gelmiştir. 2004 yılına kadar özel sektörün payı azalırken, kamu sektörü sağlık harcamaları artmıştır. 2008 yılında da % 5'lik bir artış yaşanmıştır²⁸.

²⁸ T.C. Başbakanlık, TÜİK Haber Bülteni Sağlık Harcama İstatistikleri 2008, S. 34, 2011, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1....., (30.4.2011); T.C. Başbakanlık, TÜİK Haber Bülteni Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Yılı Sonuçları, S. 29, 2010, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1....., (30.4.2011).

1.4.6.2. Fatura Tutarları

Sağlık hizmeti sunucusuna göre fatura tutarları devlet 2. basamak, devlet 3. basamak, özel ve üniversite olarak dört grupta incelenmektedir.

Tablo 2.9. Sağlık Hizmeti Sunucusuna Göre Fatura Tutarı (TL)

	Devlet 2.basamak	Devlet 3.basamak	Özel	Üniversite	Toplam	Özel %
2008	4.774.497.705	2.264.955.627	4.178.173.076	2.553.808.053	13.771.434.461	30
2009	5.356.956.019	2.828.864.829	4.536.980.664	2.930.341.911	15.653.143.423	29
2010	6.313.630.646	3.381.378.719	5.144.970.159	3.648.406.169	18.488.385.693	28

Kaynak: T.C. SGK, Sosyal Güvenliğe İlişkin Temel Parametreler(Sağlık İstatistikleri), http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/c3c2c6f3-bba7-4c23-be33-590c78576faf/2011_11_saglik_gostergeler.pdf?MOD=AJPERES, (10.01.2013), s. 5.

Not: MEDULA sisteminden alınan bilgilerdir.

Tablo 2.9.' da sağlık hizmeti sunucusuna göre fatura tutarları incelendiğinde, devlet 2. ve 3. basamak, özel ve üniversite hastanelerinin fatura tutarlarının 2008 – 2010 yılları arasında artış gösterdiği gözlenmektedir. Özel hastanelerin fatura tutarlarının toplam tutar içindeki payı ciddi bir değişiklik göstermemektedir. 2008 yılında bu oran % 30, 2009 yılında % 29 ve 2010 yılında % 28 olarak tespit edilmiştir.

2008 – 2010 yılları arasında özel hastanelerin fatura tutarı % 30' dan % 28' e ve devlet 2. basamak % 35' ten % 34' e düşerken; üniversite hastanelerinin oranı % 19' dan % 20' ye, devlet 3.basamak hastanelerinin oranı da % 16' dan % 18' e çıkmıştır. GSS sürecinin sınırlandırmalar ve harcama kontrolü ile geçen 2008 – 2010 yılları arasında fatura tutarı düşen özel hastaneler ve devlet 2. basamak hastaneleri olmuştur.

1.4.6.3. Ortalama Maliyet

Sağlık hizmeti sunucusuna göre ortalama maliyet, hastanelerin SGK' ya sundukları sağlık hizmetinin ortalama bedelini ifade eder. Sağlık hizmetlerinin SGK' ya olan ortalama maliyetleri; devlet 2. basamak, devlet 3. basamak, özel ve üniversite olmak üzere dört grupta incelenmektedir.

Tablo 2.10. Sağlık Hizmeti Sunucusuna Göre Ortalama Maliyet (TL)

	Devlet 2.basamak	Devlet 3.basamak	Özel	Üniversite	Toplam
2008	41,06	77,27	73,32	178,04	63,48
2009	41,59	78,17	68,54	183,56	63,34
2010	43,46	84,37	72,29	172,97	66,59

Kaynak: T.C. SGK, Sosyal Güvenliğe İlişkin Temel Parametreler(Sağlık İstatistikleri), http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/c3c2c6f3-bba7-4c23-be33-590c78576faf/2011_11_saglik_gostergeler.pdf?MOD=AJPERES, (10.01.2013), s. 7.

Tablo 2.10.' da 2008 – 2010 yılları arasında sağlık hizmeti sunucusuna göre ortalama maliyetler incelendiğinde, devlet 2. ve 3. basamak hastanelerinde ortalama maliyetlerin arttığı; özel ve üniversite hastanelerinde ise iniş çıkışlar yaşandığı gözlenmektedir. 2009 yılında düşüş yaşanan özel hastane maliyetlerinde 2010 yılında artış yaşanmıştır. Üniversite hastanelerinde ise 2009 yılında artış yaşanırken 2010 yılında ise düşüş tespit edilmiştir.

Sağlık hizmeti satın alan devletin maliyetleri kontrol ederek düşürmesi beklenir. Özel hastanelerde 2008 – 2010 yıllarında maliyetlerin nispeten kontrol altında tutulduğu söylenebilir. Üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde kompleks vakalar için yapılan harcamaların büyük olmasından dolayı maliyetlerin 2. basamak hastanelere göre daha fazla olabileceği beklenir.

2008 yılında en düşük ortalama maliyet devlet 2. basamak hastanesinde 41,06 ile gözlenirken, üniversite hastanesinde 178,04 ile en yüksek maliyet gözlenmiştir.

2010 yılında en düşük ortalama maliyet devlet 2. basamak hastanesinde 43,46 iken en yüksek ortalama maliyet üniversite hastanesinde 172,97 olarak görülmüştür.

1.4.7. Sağlık Personeli

Sağlık hizmetinin herhangi bir kademesinde primer olarak görevli olan, sağlık hizmetini yürüten, uygulanmasından ve organize edilmesinden sorumlu olan ekip sağlık personelidir. Sağlık personelinin temelini uzman ve pratisyen hekimler oluşturmaktadır.

Tablo 2.11. Aktif Çalışan Toplam Hekim Sayısı*

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	100.000 kişiye düşen aktif çalışan hekim	Özel %
2008	59.357	24.492	19.328	103.177	146	19
2010	63.622	25.015	22.574	111.211	153	20

Kaynak: T.C. S.B. – T.C. YÖK, **Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, T.C. SB Yayın No: 739, Ankara, 2008, s.27; T.C. YÖK – T.C. S.B. - T.C. BAŞBAKANLIK DPT MÜSTEŞARLIĞI, **Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, YÖK Yayın No: 2010/1, Ankara, 2010, ss. 45-46.

*Uzman, asistan ve pratisyen hekimler dahildir.

Tablo 2.11.’ de 2008 – 2010 yılları arasında toplam aktif çalışan hekim sayıları incelendiğinde % 8 artış olduğu gözlenmektedir. Özel sektörde çalışan toplam hekim sayılarında ise, % 17’ lik bir artış söz konusudur. Toplam hekim sayısı içerisinde özel sektörün payı 2008’de % 19 iken 2010 yılında % 20’ dir.

100.000 kişiye düşen toplam hekim 2008’ de 146 iken, 2010’ da 153’ e çıkmıştır. Ancak yine de AB (322) ve DSÖ Avrupa bölgesi ortalamalarından (340) oldukça geridedir.

1.4.8. Sağlık Hizmeti Kalitesi

Sağlık hizmetleri kalitesi prosedürde yapılan değişiklikler ve sağlık hizmeti kalite göstergeleri olmak üzere iki boyutta incelenebilmektedir:

1.4.8.1. Prosedürde Yapılan Değişiklikler

SDP’nin 8 ana bileşeninden biri “sağlık hizmeti sunucularında kalitenin geliştirilmesi ve akreditasyon”dur. GSS ile birlikte hayata geçirilen bu süreç ile başlayan değişim sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve örgütlenmenin düzenlenmesine yönelik çalışmalar, sağlık politikalarındaki önemli değişimleri de beraberinde getirmiştir. HKS, hasta hakları, hasta güvenliği, hasta memnuniyet anketleri gibi uygulamalarla sağlık sektörünün tek müşterisi olan hastalara sunulan hizmetin kalitesinin artırılması, eşit ve sürdürülebilir olması hedeflenmiştir.

SB tarafından ilk olarak sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu, finansmanının sağlanması ve sunulması amacıyla; Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 30.10.2001 tarihinde Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi yayımlanmıştır.

Bakanlığa bağlı sağlık hizmeti sunucularının performans ve kalite yönetimi uygulamalarını koordine etmek, izlemek, denetlemek ve değerlendirmek amacıyla 2004 yılında İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Kalite birimleri kurulmuş ve “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon” çalışmaları başlatılmıştır.

2005 yılında Hasta Hakları İl Koordinatörlükleri aktif olarak faaliyete geçmiştir. Bakanlığa bağlı hastanelerde kalite değerlendirmesinde kullanılmak üzere kalite kriterleri hazırlanarak “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” yayınlanmıştır. Hasta hakları birimleri kurularak, hastaların sorunları olduğunda birebir görüşebileceği hasta hakları sorumluları görevlendirilmiştir. Hastanın rızası alınmadan ve ispatlı aydınlatılmış onam olmadan işlem yapılmaması, hastanenin her alanında hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, zorunluluk getiren başlıca konular olmuştur.

2006 yılında kalite birimlerinin ismi İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü olarak değiştirilmiştir. 2007 yılında “SB’ ye bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” güncellenmiştir²⁹. Aynı yıl Hekim Seçme Yönergesi yayınlanmış, hastanelerde gerekli alt yapı oluşturularak hastaların hekim seçmesine imkan tanınmıştır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu’nun 73. Maddesine dayanılarak, SGK tarafından sözleşme yapan özel hastaneler ve vakıf üniversite hastanelerinin alabilecekleri ilave ücret oranlarının tespitinde kullanılmak üzere hastane puanlandırılması amacıyla 13.11.2009 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere "Özel Hastaneler İle Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması Hakkında Yönerge" yürürlüğe konulmuştur.

2009 yılında yayınlanan “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ile hasta ve çalışan güvenliği kriterleri belirlenmiş, yeni boyutlar kalite standartlarına dahil edilmiştir³⁰.

Hastanelerin talep edebileceği tavan ücret oranı tespitinde beş kriter yer almaktadır. İlgili Yönerge’nin 7 ve 8. maddelerinde yer verilen Hizmet Kalite Standardı (150 puan) ve

²⁹ Sedat Gülay, “Ankara İli Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları: Hastaneler, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri”, **T.C. S.B. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı**, ed. Harun Kırılmaz, C.3, 1. b., T.C. SB Yayın No: 772-3, Ankara, 2009, s. 31; Top v.dğr., a.g.m., s. 7.

³⁰ Güden – Öksüzkaya – Çetinkara, a.g.m., s. 155.

Hasta Hakları, Hasta ve Çalışan Güvenliği (100 puan) temel parametreler olmak üzere, hizmet dilim endeksi, hastane kapasitesi, çalışan hakları ve hukuki sorumluluklar da parametreler arasında değerlendirilmektedir³¹.

SGK' nın, hastanelerin hastalardan alacakları ilave ücret belirlemede SB' nin hazırlandığı "Özel Hastaneler HKS" nin de parametrelerden biri olması 2009 yılında fiili olarak ve resmen özel hastanelerin de kalite süreçlerine dahil edilmesini sağlamıştır. Bu çerçevede, 2010 yılında üniversite ve özel hastaneler SB tarafından "Merkezi Değerlendirme" kapsamında değerlendirilmiştir. Ayrıca aynı yıl 81 il merkezinde bulunan kamu hastaneleri ve Ağız Diş Sağlığı Merkezleri değerlendirilmiştir. Kamuda yapılan çapraz değerlendirmeler ile birlikte "HKS Merkezi Değerlendirme" adıyla kurumsallaşmıştır³².

HKS, 21 ana başlık, 79 alt başlık ve 384 maddeden oluşmaktadır³³. Tüm sağlık hizmeti sunucularına yol gösterici olan HKS' nin ana başlıkları "Poliklinik", "Laboratuvar", "Görüntüleme", "Ameliyathane", "Klinikler", "Diyaliz", "Acil Servis", "Ambulans ve Ambulans", "Eczane" Hizmetleri, "Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi", "Yoğun Bakım Üniteleri", "Hasta ve Çalışan Güvenliği", "Kurumsal Hizmet Yönetimi", "Hastane Bilgi Sistemi", "Hasta Kayıtları ve Dosyası", "Arşiv", "Tesis Yönetimi ve Güvenlik", "Depolar", "Mutfak", "Çamaşırhane" ve "Morg" tur.

HKS, hastanedeki fiziksel yapıyı standardize ettiği gibi hizmetlerin işleyişini kontrol edecek kurul ve komiteler oluşturulmasını da sağlamıştır. Ayrıca kurumsal hafızayı güçlendirmiştir³⁴.

HKS, hastanelerde ve sağlık personelinde büyük değişime sebep olmakla beraber, en büyük yansıması hizmet alanlar üzerinde olmuştur. Hasta kayıt birimlerinde masa ve sandalyelerden oluşan ve hasta ile karşılıklı oturarak iletişim kurulabilecek tasarımların oluşması, bekleme alanlarına yerleştirilen konforlu oturma grupları, engelliler ve yaşlılara öncelik tanıyan düzenlemeler, randevu sürelerinin kısalması, hasta hakları birimlerinin kurulması, hasta odalarında yatak sayılarında sınırlandırmalar ve mahremiyeti ön planda tutan düzenlemeler hastaların memnuniyet oranlarını artırmıştır.

³¹ Büyüksavaş, a.g.tz., ss. 34-37; T.C. SGK, **2009 Yılı Faaliyet Raporu**, a.g.e., s.40.

³² T.C. SB, "Hizmet Kalite Standartları (HKS) Merkezi Değerlendirme", <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=440>, (07.12.2012).

³³ Güden – Öksüzkaya – Çetinkara, a.g.m., s. 146.

³⁴ Hizmette Kalite Standartları Değerlendirme Kitabı, s. 120.

Yapılan bir araştırmada genel olarak sağlık hizmetlerinden memnun olan kişilerin oranı 2003 – 2010 döneminde % 40’tan % 73’ e yükselmiş, sağlık hizmetlerinin kalitesinde sorun olduğunu düşünenlerin oranı ise aynı dönemde % 21’ den % 18’ e dřmüřtür³⁵.

HKS rehberi öncülüğünde yeni uygulamalar getirilmiştir. Enfeksiyon kontrol hemşiresi bulundurma ve enfeksiyon hızı hesaplama, kesici delici atıkların atılması için özel kapların bulundurulması ve personelden delici kesici alet yaralanmalarının bildirim zorunluluğu getirilmiştir. Riskli bölümlerde çalışan personelin hizmet içi eğitim alması, koruma giysilerinin bulunması, düzenli taramalarının yapılması ve kayıt altına alınması sađlanmıřtır³⁶.

Taburcu olan hastalara, taburcu eğitim formu verilmeye başlanmıştır. Hastaneden eve döndüklerinde dikkat edecekleri noktalar sözlü değil, yazılı olarak hastaların ellerinde bulunmaktadır. Doktorların hemşirelere yazılı order (hastaya uygulanacak tedavi), verme zorunluluğu getirilmiştir. Servislerde yatan hastaların dosyalarının eksiksiz ve yanlışsız doldurulması için denetleme formu düzenli olarak doldurulmakta ve istatistikleri tutulmaktadır. Hasta güvenliği kavramı içerisinde önemli bir paya sahip olan, kayıp dosya, doğru bilgi aktarımı, eksiksiz hasta dosyası uygulaması bu şekilde gerçekleşmiş olmaktadır.

Hasta memnuniyet anketi uygulaması, hastane inisiyatifine bırakılmayarak zorunlu olarak doldurulması gereken minimum sayı ile daha sistemli hale gelmiştir. Anket formatı SB tarafından cl ölçek ile demografik veriler eşliğinde hazırlanmış anket formu olarak belirlenmiştir. Böylece istatistiksel değerlendirmeye uygun hale getirilmiştir.

1.4.8.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Göstergeleri

Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyaı olan farklı sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Hızla gelişen teknoloji, değişen hasta profili, artan maliyetler, artan hasta şikayetleri, hastaneler arasındaki rekabet ve yaygınlaşan kaliteli sağlık hizmeti arzı, hizmet kalitesinin yükseltilmesini ve ölçümünü berabesinde getirmektedir.

³⁵ T.C. Kalkınma Bakanlığı, 9. Kalkınma Planı 2012 Yılı Programı, s. 220.

³⁶ Demet Hayali Yıldırım, “Hizmet Kalite Standartları ve Etkileri”, **Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı**, C.3, 2009, ss. 26-29.

Sağlık hizmeti sunucuları kalite ölçümünde farklı metotlar ve indikatörleri göz önünde tutmaktadırlar. “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” ve “Hizmette Kalite Standartları Kılavuzu” sayesinde hastaneler gerekli şartlara uyumlu hale gelmektedirler.

Ülkemizde ilk açılan özel hastaneler, kalite çalışmalarına kamu hastanelerinden daha önce başlamıştır. Özellikle yurtdışından hasta kabul eden bu hastanelerde kalite çalışmaları, öncelikle geri ödeme kurumları ile anlaşma yapabilmelerine ve firma kimliğini ortaya koyarak rekabet hızını artırabilmelerine ilişkin faydaları sebebiyle başlamıştır. Marka olmuş özel hastaneler taraf cerrahisi işaretlenmesi oranı, çalışanların kesici ve delici alet yaralanma sayısı, planlanmamış yeniden ameliyat oranı, uygun antibiyotik oranı, hasta memnuniyet oranları gibi HKS rehberindeki kriterleri zaten uzun zamandır ölçüyor ve sonuçlarını halk geneline duyuruyorlardı.

Kurumların genel kabul görmüş kalite indikatörleri içerisinde kendilerinin belirleyerek oluşturdukları standartlara uyum sistemi, kurumsal performansı, hem makro düzeyde hem de mikro hizmet süreçleri özelinde ölçülebilen, kalitenin sürekli iyileştirilmesi sürecine önemli katkılarda bulunan bir sistem olması nedeniyle anlamlıdır³⁷.

Kalitenin bütünü oluşturulan kurumsal (teknik) kalite ve algılanan kalite düzeyi kalite gelişim sürecinde büyük öneme sahip olan göstergeler sayesinde ölçümlendirilir.

Kurumsal kalite, hastanın tıbbi tedavisi hakkında (**Tıbbi bakım göstergeleri**), hastanenin fiziki şartları, güvenlik tedbirleri ve sunduğu otelcilik hizmetleri hakkında (**Hizmete dair göstergeler**); algılanan kalite ise hastaların görüşleri, şikayetleri hakkında (**Hasta geribildirimleri**) olmak üzere genel kalite düzeyi üç gösterge grubunda incelenebilmektedir. Bu göstergeler aracılığıyla sağlık hizmeti kalitesinin ölçümünden söz edilebilmektedir.

1.4.8.2.1. Tıbbi bakım göstergeleri

Tıbbi bakım göstergeleri arasında; hastane enfeksiyon hızı, yatak işgal oranı, yatan hasta oranı, kendi kendine doğum oranı, sezaryen doğum oranı, gereksiz cerrahi müdahale sayısı, bebek ölüm hızı, kaba ölüm hızı, cerrahi uygulamalarda ölüm oranı, cerrahi müdahale sayısı, hasta başına düşen hemşire sayısı, hemşirelik bakımında uygun olmayan olay oranı

³⁷ Yeşim Türköz, “Hasta Tatmini Ölçüm ve İyileştirilmesinde Entegre Bir Sistem Örneği”, <http://www.merih.net/m1/wyturk03.htm> (28.02.2011), s. 5.

(yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış akış hızı, yanlış hasta, yanlış alan, yataktan düşme, yatak dışında düşme, yanık), bası yarası oluşan hasta oranı, servisten yoğun bakım ünitesine planlanmayan dönüşler, röntgen sayısı, laboratuvar test sayısı, BT, MR, EKO, EEG ve EKG sayısı ve sonuçlanma süreleri, laboratuvar tetkiklerinin sonuçlanma süreleri, laboratuvar hataları, laboratuvar test tekrar oranları gibi indikatörler sayılabilir.

1.4.8.2.1.1. Yatak doluluk (işgal) oranları

Yatak işgal oranı, yıl içerisinde hastane yatak toplamalarının doluluk oranlarını gösterir. Formülü: (Yatılan Gün sayısı / (Fiili Yatak Sayısı * 365 Gün)) *100. Fiili Yatak Sayısı ise, belirli bir süre sonunda (3 ay, 1 yıl vb.) hastanede hasta yatağı olarak hazır boş veya dolu yatakları ifade etmektedir.

Tam gün ve saatlik yatan hasta sayısının fazlalığıyla ve hastanenin yatak kapasite kullanımı ile doğrudan bağlantılıdır. Yüksek çıkması beklenir, oran düşerse hastanede atıl ve kaynak israfına yol açan yatak var anlamına gelmektedir³⁸.

Tablo 2.12. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatak Doluluk Oranları (%)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	63,2	69,1	29,8	60,6
2006	62,7	79,7	45,6	64,1
2007	60,4	76,5	46,0	61,7
2008	61,2	84,4	50,7	63,8
2009	61,4	80,7	50,3	62,9

Kaynak: T.C. SB, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı – 2009**, T.C. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C. SB Yayın No: 824, 2011, s. 107.

Tablo 2.12.' de yıllara ve sektörler göre yatak doluluk oranları incelendiğinde, SB' ye bağlı sağlık hizmeti sunucularında oranların düşüş eğiliminde ve 2008 yılında az farkla çıkış eğiliminde olduğu görülmektedir. Üniversite ve özel sağlık hizmeti sunucularında ise ciddi oranlarda artış söz konusudur. Üniversite hastanelerinde, 2002 yılında % 69,1 doluluk

³⁸ T.C. SB, http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/kalite/E433_costing_processes_son.pdf, (22.06.2012), s. 14.

oranı 2009 yılında % 80,7' e yükselmiştir. Özel sektör ise daha büyük bir artışla 2002' deki % 29,8' lik oran 2009' da neredeyse 2 katına olan % 50,3' e çıkmıştır. OECD yatak doluluk oranı % 75 ve AB yatak doluluk oranı % 75,5³⁹ ile karşılaştırıldığında en yakın oranın SB hastanelerinde olduğu, üniversite hastanelerinde bu oranın üzerinde sonuçlar görülmektedir.

1.4.8.2.1.2. Ortalama kalış günü

Ortalama Kalış Günü (Ortalama hasta günü), bir hastanın hastanede kalacağı ortalama gün sayısıdır. Formülü, belirli bir süre içerisinde yatılan gün sayısının çıkan hasta sayısına (taburcu ve ölüm) oranıdır. Yatılan gün sayısı ise, servis / klinik tedavi hizmetlerinden yararlanmak için hastaneye yatırılan ve taburcu veya ölüm yoluyla hastaneden çıkarılan hastaların, yatış ve çıkış arasında geçen toplam kalış sürelerini ifade etmektedir⁴⁰.

Kronik hastalıklar dışında ameliyat sonrasında ortalama kalış süresinin düşmesi sağlık hizmeti kalitesinin olumlu bir göstergesi olarak sayılabilmektedir. Hastanın ortalama kalış gününün düşük çıkması, yatarak tedavi görme süresinin az olması arzu edilir. En kısa zamanda şifa ile taburcu edilmesi gerekir⁴¹.

Ameliyattan kaynaklanan tıbbi problemler, bazı hatalar, hastane enfeksiyonu gibi nedenler hastanede kalış süresini uzatmaktadır. Ayrıca hastanın kalış günü arttıkça hastane enfeksiyonu bulaşma riski de yükselmektedir. Hastanın ameliyat sonrası öncelikle yoğun bakımda ve servislerde kalış süresi uzadıkça hastaneye aynı zamanda devlete maliyeti artmaktadır.

Ortalama kalış günü zorunlu olarak belli bir oranda olmak zorundadır. Her ameliyatın ve her kronik hastalığın minimum kalış günü mevcuttur. Bu oran genel hastanelerde ortalama 1 hafta, kronik hastaları tedavi eden hastanelerinde 30 gün, doğum hastanelerinde 3 gündür⁴².

³⁹ T.C. Kalkınma Bakanlığı, 9. Kalkınma Planı 2012 Yılı Programı, s. 217.

⁴⁰ T.C. SB, http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/kalite/E433_costing_processes_son.pdf, (22.06.2012), s. 14.

⁴¹ Vahit Yiğit – İsmail Ağırbaş, “Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi’nde Bir Uygulama”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 7, S. 2, 2004, s. 145.

⁴² T.C. S.B. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 13.01.1983, S. 17927, 2005, s. 48.

Standardın üzerindeki kalış süreleri bahsedilen olumsuzluklara sebep olduğundan sağlık hizmeti kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hastane, hastasını ne kadar hızlı bir şekilde sağlığına kavuşturarak taburcu ederse o kadar başarılı sayılmaktadır.

Tablo 2.13. Yıllara ve Sektörlere Göre Hasta Ortalama Kalış Günü (Gün)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	5,1	8,6	3,1	5,3
2006	5,2	7,8	2,4	5,1
2007	4,7	7,0	2,0	4,6
2008	4,4	6,7	1,9	4,2
2009	4,6	6,1	2,0	4,2

Kaynak: T.C. SB, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı – 2009**, T.C. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C. SB Yayın No: 824, 2011, s. 108.

Tablo 2.13.'de yıllara ve sektörler göre hasta ortalama kalış günleri incelendiğinde 2002 – 2009 yılları arasında genel olarak gün sayılarının düşüş eğiliminde olduğu gözlenmektedir. Bu nedenle 2002 – 2009 yılları arasında sağlık hizmeti kalitesinin arttığı ve hastanelerin daha verimli kullanıldığı yorumu yapılabilmektedir.

2002 – 2009 yılları arasındaki farkın en büyük olduğu sektör özeldir. 2002' de 3,1 olan ortalama kalış gün sayısı 2009' da 2,0' a düşmüştür. Diğer sektörlerle karşılaştırıldığında en büyük oranda hasta devri özel hastanelerde gerçekleştiği söylenebilmektedir. Üniversite hastanesinde bir hasta 6,1 günde taburcu olurken özel hastanede 2,0 günde taburcu olabilmektedir.

1.4.8.2.1.3. Yatak devir hızı

Hastane yataklarının etkin ve ekonomik kullanımını sağlayan ve bir yıl içerisinde bir yatağın hastalar tarafından kaç kez kullanıldığını gösterir. Diğer bir ifadeyle yatak kullanım verimliliğini ifade etmektedir. Formülü; toplam yatan hasta sayısının, toplam fiili yatak sayısına bölünmesiyle bulunur. Oranın yüksek çıkması arzu edilir.

Hastanenin büyüklüğü ve hizmet verdiği hasta grubu ile yatak devir hızı arasında bir ilişki bulunmaktadır. Devir hızının düşüklüğü, hastanenin yatak kapasitesinin

düşüklüğünü ve ortalama yatış süresinin de kısalığını gösterdiği için birim maliyetlerin yüksek olmasına neden olur. Bu nedenle yatak devir hızının belirli bir değerin altına düşmemesi gerekir.

Büyük hastaneler, üniversite hastaneleri, sinir hastalıkları ve onkoloji hastaneleri gibi sağlık hizmeti sunucuları genellikle daha düşük yatak devir hızına sahiptir. Bu hastaneler tedavisi zor ve ağır hastalıkları kabul ettiklerinden tedavi süresi uzar ve yatak devir hızı düşer. Diğer taraftan daha küçük hastanelerde ise hastanın yatış süresi düşük olsa bile, az sayıda hasta yatırıldığı için yine devir hızı düşük olacaktır. Ancak daha az kapsamlı küçük hastanelerde hasta sayısı fazlaştığında devir hızı da yükselecektir.

Bir hastane hizmet ettiği bölgenin ihtiyacından daha büyük inşa edilmiş ise sürekli bir atıl kapasite durumu ortaya çıkacaktır. Bölgenin ihtiyacına uygun büyüklükte inşa edilmiş olsa dahi, sağlık hizmeti talebinde dalgalanmalar varsa hastaneler sağlık hizmeti talebinin yüksek olduğu zamana göre ayarlanmış olacağından, talepte azalmanın olduğu dönemlerde hastanede atıl kapasite olacaktır⁴³.

Tablo 2.14. Yıllara ve Sektörlere Göre Yatak Devir Hızı (Hasta)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	40,6	29,1	35,1	37,9
2006	45,1	37,4	70,6	46,3
2007	47,2	40,8	93,4	51,2
2008	50,0	46,4	101,9	56,2
2009	48,5	48,6	92,1	55,1

Kaynak: T.C. SB, **Sağlık İstatistikleri Yılığ** – 2009, T.C. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C. SB Yayın No: 824, 2011, s. 109.

Tablo 2.14.’ de yıllara ve sektörler göre yatak devir hızları incelendiğinde, çarpıcı bir şekilde özel sağlık hizmet sunucularında devrin çok yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. 2009 yılında SB’ ye bağlı hastane devir hızı 48,5 iken özele bağlı hastane 92,1’ dir. Üniversite ya da SB’ ye bağlı hastane 1 hastayı taburcu ettiği sürede özel hastane 2 hastayı taburcu etmektedir. Özel hastanelerin yatak kapasitesini verimli kullandığı, ameliyat

⁴³ Yiğit – Ağırbaş, a.g.m., ss. 144-145.

sayılarının daha fazla olduğu aynı zamanda saatlik ve günübirlik yatışların yapıldığı söylenebilmektedir.

Özel hastanelerin devir hızı 2008 yılına kadar düzenli bir şekilde artarken, 2009 yılında birden bire düşüş gözlenmektedir. Bunun nedeninin 2009 yılına kadar ilave ücret alınması özel hastanelere bağlı iken, bu yılda % 30' unun hastadan alınmaya başlanmasına ve devletin özel hastaneler üzerinde denetimlerini sıklaştırarak, usulsüz uygulamalar hakkında önlem almasına bağlanabilir.

2008 – 2010 yılları arası ameliyat sayıları incelendiğinde de düşüş izlenmektedir. 2008 yılında toplam yatak kapasitesinin % 11' ine sahip olan özel hastanelerin toplam ameliyatların % 48' ini; 2009 yılında toplam yatak kapasitesinin % 14' üne sahip olan özel hastanelerin, 2009 yılında toplam yatak kapasitesinin % 26' sını gerçekleştirdiği tespit edilmiştir⁴⁴.

2010 yılı özel hastaneler ameliyat sayılarında düşüş yaşansa dahi, üniversite hastaneleri kapasite – ameliyat sayıları ile karşılaştırıldığında özel hastanelerin daha verimli olduğu göze çarpmaktadır. Tablo 2.15.' te kurumlara göre sağlık göstergeleri aşağıda belirtilmiştir:

Tablo 2.15. 2010 Yılı Kurumlara Göre Sağlık Göstergeleri

Kurum	Yatak Sayısı (bin)	Müracaat Sayısı (bin)	Yatan Hasta Sayısı (bin)	Ameliyat Sayısı (bin)	Ameliyat Sayısının Müracaat Sayısına Oranı %	Ameliyat Sayısının Yatak Sayısına Oranı	Yatak Doluluk Oranı %	Hastaların Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı (Hasta)
SB	120	235.173	6.361	5.659	2,4	44	64,4	4,4	53,1
Üniversite	35	20.099	1.509	1.126	5,6	29	72,9	6,2	43,1
Özel	28	47.455	1.829	1.829	3,9	53	50,8	2	91,1

Kaynak: T.C. Kalkınma Bakanlığı, 9. Kalkınma Planı 2012 Yılı Programı, s. 218.

Not: MSB Hastaneleri dahil değildir.

Tablo 2.15.' de 2010 yılında **toplam yatak kapasitesinin % 14' üne**, uzman hekim sayısının % 23' üne sahip olan **Özel Hastaneler**, **tüm ameliyatların % 21' ini**

⁴⁴ T.C. Başbakanlık DPT, 9. Kalkınma Planı 2010 Yılı Programı, ss. 205-206; T.C. Başbakanlık DPT, 9. Kalkınma Planı 2011 Yılı Programı, s. 213.

gerçekleştirirken, **toplam yatak kapasitesinin % 18'** ine ve uzman hekim sayısının (asistan hekimler dahil) % 30' una sahip olan *Üniversite Hastaneleri* yapılan **tüm ameliyatların sadece % 13'** ünü gerçekleştirmişlerdir.

Hem müracaat sayılarının hem de yatak devir hızlarının üniversitelerde daha düşük olduğu görülmektedir. Kronik hastaların uzun süreli yatışları ve öğretim üyelerinin eğitim araştırma faaliyetleri burada etkili olabilmektedir. Ancak, üniversite hastanelerinin son yıllarda finansal açıdan sıkıntılarının arttığı ve birçok üniversite hastanesi döner sermaye işletmesinin zarar ettiği de bilinmektedir. Bu nedenle, 2008 - 2011 döneminde yapılan düzenlemeler ve ek kaynak aktarımları ile üniversite hastanelerinin finansal zorlukları aşmaya çalışılmaktadır. Kamu idaresi ve üniversite hastanelerinin ortak kullanımına imkan veren gelişmeler olduğu takdirde atıl yatak kapasitesi kullanılabilir hale gelebilecektir.

1.4.8.2.2. Hizmete dair göstergeler

Hizmete dair göstergeler arasında sağlık kurumunda çıkan yangınlar, kimyasalların dökülmesi ve diğer kazalar, hastalarla ilgili okunaksız istek ve rapor sayısı, çalışanların kesici ve delici alet yaralanması sayısı, toplam gelir, hatalı fatura oranı, iptal edilen satın alma işlemleri, arandığı anda bulunamayan dosya / film sayısı, hasta odası arıza sayısı gibi indikatörler sayılabilir.

1.4.8.2.3. Hasta geribildirimleri

Hasta geribildirimleri, memnuniyet (tatmin) anketleri ve görüşme yoluyla elde edilmiş şikayet, öneri, teşekkür iletileridir. Hasta memnuniyetini ölçmek ve hasta beklentilerini öğrenmek amacıyla uygulanan hasta memnuniyet anketleri, memnuniyet düzeyinin kantitatif olarak ve doğrudan ölçülmesini sağlamaktadır. Hasta geribildirimlerinin değerlendirilmesi neticesinde hasta memnuniyeti kavramı oluşmaktadır.

Memnuniyet; yaşam tarzı, deneyimler, beklentiler, eğitim, bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık ve değişken bir kavramdır. Hasta memnuniyeti, hastanın değer ve beklentilerinin hangi ölçüde karşılandığı konusunda bilgi

verir aynı zamanda esas otoritenin hasta olduğu sağlık hizmeti kalitesini gösteren temel bir ölçüt olarak ele alınabilmektedir⁴⁵.

Sağlık hizmetinin nihai çıktısı kabul edilen hasta memnuniyeti tıp biliminde bakım kalitesinin belirlenmesinin zor olmasından dolayı, birçok çalışmada ayrıca kamu idaresi hastaneleri performans ölçümlerinde sağlık hizmeti kalitesinin en önemli belirleyeni olarak kabul edilmiştir.

Hasta memnuniyeti kavramının en çok dikkat çektiği nokta, hastanın hizmeti almadan önceki beklentileri ile aldıktan sonraki algılamaları arasındaki farktır. Diğer bir ifadeyle, hasta memnuniyeti hastanın hastaneden ne umduğu ve ne bulduğudur. “Hizmet Kalitesi (HK) = Algılanan hizmet kalitesi (AHK) – Beklenen hizmet kalitesi (BHK)” şeklinde formüle edilir. Bu formül, sağlık hizmetleri için düşünüldüğünde herhangi bir hastanın aldığı sağlık hizmetinden sonra kalitesini değerlendirmesidir. Eğer, HK “0”a eşit veya büyükse, hasta memnun olmuş ve sağlık hizmet kalitesi değerlendirmesi pozitif olur. HK negatif ise, bu takdirde hastanın sağlık hizmeti kalite algısı olumsuzdur ve hasta memnun olmamıştır⁴⁶.

Hasta beklentileri zaman içerisinde değişikliğe uğramıştır ve eskiye oranla daha yüksektir. Hastalar gerek iletişim araçları gerekse bilişim imkanları aracılığıyla, kendi sağlıklarıyla ilgili konularda bilgi sahibi olabilmektedir. Bu nedenle eskinin “uysal”, “ne denirse yapan”, “azarlansa bile sesini çıkarmayan” hastası, bugün daha huysuz, daha nazlı, teşhis ve tedavisini sorgulayan, her an hastane ve doktor değiştirmeye hazır duruma gelmiştir⁴⁷.

Hastaların hastanede yattıkları süre içinde memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktör hemşirelik bakımı, iletişim ve bilgilendirmedir. Hemşireler hastaların gereksinimlerini karşılamak için günün her saatinde hastaların hizmetinde bulunduğu için dolayı memnuniyetin artmasında en önemli etkenlerden olmaktadır. Ayrıca hastaların kendilerini evlerinde gibi hissetmeleri için hastanenin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahat ortam da memnuniyet düzeyini etkilemektedir⁴⁸.

⁴⁵ Meryem Yılmaz, “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. 5, S. 2, 2001, s. 71; Çelikkalp v.dğr., a.g.m., s. 2.

⁴⁶ Aksoy a.g.m., ss. 93-94.

⁴⁷ Erdem v.dğr., a.g.m., ss. 96-97.

⁴⁸ Yılmaz, a.g.m., s. 73.

Hasta memnuniyeti, tedaviye uyum ve iyileşme süreci üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirir. Memnun edilmiş bir hastada gevşeme, rahatlama ve tedaviye katılma isteği görülür⁴⁹. Ayrıca sağlık hizmetinden memnun kalan bir hasta, gereksinim duyduğunda yine aynı sağlık kurumunu tercih edecektir. Aksine aldığı bakımdan tatmin olmayan hastalar, olumsuz deneyimlerini tatmin olanlara göre çok daha fazla oranda başkalarıyla paylaşmaktadır.

Hastane yöneticileri kurumsal hizmeti sağlıklı değerlendirmek için hasta memnuniyeti ölçüm ve sonuçlarını incelemek zorundadır. Hasta memnuniyeti ile ilgili ölçme ve değerlendirme çalışmalarında dolaylı ve dolaysız olmak üzere iki temel yöntem kullanılır. Dolaysız yöntemler, tatmin düzeyinin, önceden belirlenmiş olan kriterlere uygun olarak hastaya doğrudan sorulduğu yazılı anket, yüz yüze görüşme ve telefon anketleridir.

Dolaylı yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, şikayet, öneri ve teşekkür gibi hastanın kendiliğinden sunduğu geribildirimler; ayrıca hasta başına düşen doktor ve hemşire sayısı gibi, hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerler aracılığıyla elde edilen yöntemleri ifade etmektedir⁵⁰.

1.5. ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA ETKİLERİ

İstatistiksel verilerden edinilen bilgiler kapasitesine göre üniversite hastanelerinin, özel hastaneler kadar verimli kullanılmadığını göstermektedir. Hastalar tarafından üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin seçilmesinde en büyük faktör, doktorların ilgili davranmaları ve yapılan tetkiklerin detaylı olmasıdır. Bu faktörlere karşın kuyruklarda bekleme, acil durumlarda boş hasta yatağı bulunmaması, tetkik ve ameliyatlar için çok uzak tarihlere randevu verilmesi ve profesörlerin muayene, ameliyat ücretleri gibi sebeplerle üniversite hastaneleri yerine özel hastaneler tercih edilir duruma gelmiştir.

GSS sürecinde üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde kalitenin yükselmesi konusunda olumlu etkiler yaşanmıştır. Özellikle 2009 – 2010 yılları arasında bu durum göze çarpar hale geldiğinden, başhekimler üniversite hastanelerinin daha fazla sağlık hizmeti

⁴⁹ Zeynep Karaman Özlü, Erzurum İlinde Farklı Hastanelerdeki Cerrahi Kliniklerde Yatmış Olan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2006, s. 10.

⁵⁰ Kıdak – Aksaraylı, a.g.m., s. 94.

vermesi ile ilgili önlemler almaya başlamışlardır. Hizmet standartları oluşturulmuş, çağrı merkezleri kurularak mesai saatleri dışında da randevu alımı gerçekleştirilmektedir.

Hizmette kalite standartları rehberi yayımlandıktan sonra denetimler neticesinde üniversite ve vakıf hastaneleri de puanlamaya tabi tutulmuştur. Hastalardan alacakları katkı payları bu tabloya göre A, B, C, D, E sınıfı hastane gruplandırmasına göre belirlenmiştir.

Son dönemde özel hastaneler başta olmak üzere birçok üniversite hastanesi de kalite standartlarında hizmet verdiğini kanıtlayarak, JCI ve ISO tarafından hasta bakım kalitesi ve organizasyon yönetimi konusunda akredite edilmiştir. 2012 yılı itibariyle JCI ile akredite olmuş 42 sağlık hizmeti sunucusu (37 hastane) ile Türkiye, dünyada 2. sırada bulunmaktadır⁵¹.

2010 yılında yayınlanan 650 sayılı kanun hükmünde kararname ile hekimlerin ve öğretim elemanlarının tam gün çalışması yeniden düzenlendiğinden ve hastane içerisinde de bıçak parası vb. uygulamalarla hastadan ilave ücret talep edemeyen öğretim üyeleri, artık maddi gücü yerinde olmayıp kronik hastalığa sahip hastaları da muayene eder duruma gelmiştir.

Ayrıca kamu idaresi hastanelerinde çalışan hekimlerin muayenehane açarak ya da herhangi bir kuruluştaki çalışarak, işyeri hekimliği yapmaları yasaklanmıştır. Hastalar artık çekinmeden, özel önem isteyen hastalıklarını, referans hastanesi kabul edilen üniversite hastanelerinden talep eder hale gelmişlerdir.

Tam gün yasası ile buldukları kurum dışında özel muayenehane açamaz duruma gelmişlerdir. Bunun sonucu üniversite hastanesinden özel hastanelere hekim geçişleri yaşanmıştır. Üniversite hastanelerinde kalan hekimler ise asıl görevlerinin eğitim ve yeni hekim yetiştirmek olduğunu, performans dayalı sistemde bunun aksi için hasta tedavilerine ağırlık vermek gerektiğini söyleyerek eleştirmişlerdir.

Performansa dayalı ücret sistemi uygulanmaya başlamıştır. Doktorların yaptıkları ameliyat, muayene ettikleri hasta, istedikleri tetkik vb. işlemlere göre ücretleri belirlenmektedir. Performans sisteminin olumsuz tarafı hastanın bilgi eksikliğinden, kurum ve doktor için karlı olacak yapay talepler yaratılma ihtimali olmasıdır. Ayrıca hekimler performansa dayalı sistemin taraftarı olmamakta, memnuniyetsizlik artmaktadır.

⁵¹ Özel Hastaneler, <http://www.saglikturizmi.gov.tr/18-ozel-hastaneler.html>, (22.08.2012).

Bir hekimin çok hasta muayene etmesi veya ameliyat yapması aslında hasta başına ayırdığı zamanı azalttığı anlamı taşımaktadır. Performans politikasının uygulandığı sağlık birimlerinde yatan hasta sayısında, yatak işgal oranlarında ve yatak devir hızında artış, hastanelerde ortalama kalış süresinde ise azalma saptanmıştır. Uygulamanın sağlık ortamı üzerine yarattığı en önemli olumlu etki tam zamanlı çalışan hekim oranını yükseltmiş olmasıdır⁵².

⁵² Belek – Adaş, a.g.m., ss. 38-39.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BURSA İLİ UYGULAMA ÖRNEĞİ

Üçüncü bölüm Bursa ilinde sağlık hizmetlerinin değişimi, uygulama örneğinde değişim ve uygulama örneği hasta memnuniyeti araştırması olarak üç başlıkta hazırlanmıştır.

1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI SÜRECİNDE BURSA İLİNDE DEĞİŞİM

Güney Marmara Bölgesi' nin önemli sanayi ve ticaret merkezi konumunda olan Bursa, Türkiye'nin 4. büyük ili olarak, 2011 yılı verilerine göre nüfusu 2.652.126'dır¹. 2010 - 2011 yılları arasında aldığı göç 74.243, verdiği göç 58.258 ve göç hızı 6,05 olarak göç alan iller arasındadır².

2000 – 2010 yılları arasında ülkemizde olduğu gibi, Bursa ilinde de belirgin değişiklikler yaşanmıştır. Son yıllarda özel sağlık sektörüne olan yatırımlarla, sağlık alanında da bir merkez olma konusunda yol almıştır. GSS süreci içerisinde Bursa, sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişim ile ilgili değerlendirme yapabilmek amacıyla Bursa İl Sağlık Müdürlüğü' nden istatistiki veriler resmi yoldan temin edilmiştir. Bu süreçteki değişim öncelikle sağlık hizmeti sunucusu sayıları ve yatak işgal oranlarında göze çarpmaktadır.

- **Sağlık Hizmeti Sunucusu Sayıları:**

2000 – 2010 yılları arasında Bursa ilinde özel hastane sayılarında % 120' lik bir artış olmuştur. Özel hastaneler 2000 yılında 5 adet iken, 2010 yılında sayıları 11' e yükselmiştir. Özel dal ve tıp merkezleri ise 2001 – 2010 yılları arasında % 73' lük bir artış sağlamıştır (Bkz. Ek 1).

Toplam hastaneler içerisinde özel hastanelerin payı 2000 yılında % 17 iken, 2010 yılında bu oran % 35 olmuştur. Ancak halen kendi nüfus ve çevre illerin hasta kapasitesini

¹ T.C. TÜİK, Haber Bülteni, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2011, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10736>, .S. 10736, 2012, (10.01.2013).

² T.C. TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_adnks_net_goc.RD&p_kod=2&p_il1=16&p_yil=2011&p_dil=1&desformat=html, (10.01.2013).

taşıyan Bursa gibi bir şehirde özel hastane sayısı artma potansiyeli vardır. Yatırımlara açık ve yatırımları kaldırabilecek bir durumdadır.

SGK, SUT içerisinde belirttiği fiyatları hem özel hastaneler, hem de kamu idaresi hastaneleri için geçerli saymaktadır. Diğer bir ifadeyle; hem özel hastanedeki sağlık hizmeti hem de devlet hastanesindeki sağlık hizmeti için aynı ücreti ödemektedir. Buna rağmen devlet hastanelerinin tüm giderlerini devlet ödemektedir. Özel hastanelerin ise; gelir vergisi, personel, kira, su gibi giderlerini özel hastane kendisi ödemektedir. Ayrıca hastalar özel hastaneye gittiklerinde, devlet hastanesinden daha fazla katkı payı ödemek zorundadırlar. Devlet tarafından, özel hastanelere giden hastalardan daha fazla kazanç elde edilmektedir. Buradan yola çıkarak devletin sağlık hizmeti için özel hastaneleri teşvik etmesinin ve en azından % 50' lik bir paya sahip olarak yaygınlaştırmasının daha ekonomik olacağı görüşü belirtilebilecektir.

- **Yatak İşgal Oranları:**

Değişimin izlendiği bir diğer konu, yatak işgal oranlarındadır. Bursa ili özel hastaneler yatak işgal oranlarında % 255 oranında artış yaşanmıştır (Bkz. Ek 2). Özel hastanelerin yatak işgal oranlarının, SB ve üniversite hastanelerine göre çok daha fazla artış gösterdiği tespit edilmiştir. Hastaların özel hastaneleri tercih ettiği, özel hastanelerde yatak kullanım oranlarının fazla olduğu söylenebilmektedir.

2. GENEL SAĞLIK SİGORTASI SÜRECİNDE UYGULAMA ÖRNEĞİNDE DEĞİŞİM

2.1. UYGULAMA ÖRNEĞİ GENEL VERİLER

Bursa'daki İlgili Hastane' ye ayakta ve yatarak tedavi olmak amacıyla gelen hastalar bağlı oldukları sigorta kurumuna ve ödeme çeşidine göre:

- Ücretli,
- Özel Sigorta,
- Resmi Kurum (Memur),
- SSK Yurtdışı,
- Yeşil Kart,

- 18 Yaş Altı,
- Gaziler,
- İsteğe Bağlı Sigorta,
- İŞKUR,
- SGK BAĞ-KUR,
- SGK Emekli Sandığı,
- SGK Çalışan İşçi olmak üzere oniki grupta incelenebilmektedir.

Tablo 3.1. İlgili Hastane Ayaktan ve Yatan Hasta İstatistikleri

	Yatan 2007	Yatan 2008	Yatan 2009	Yatan 2010	Ayaktan 2007	Ayaktan 2008	Ayaktan 2009	Ayaktan 2010
Ücretli	1277	874	821	924	39749	37230	36119	39763
Özel Sigorta	104	74	61	79	2019	1694	1270	1459
Resmi Kurum (Memur)	590	588	633	773	7198	8066	9441	691
SSK Yurtdışı	116	117	85	95	823	644	780	908
Yeşil Kart		3				5	1	
18 Yaş Altı		1	55	32		1	62	6
1005 Sayılı Gaziler			4	10				
İsteğe Bağlı Sigorta			8	49		1	2	4
İŞKUR			62	43			20	8
SGK BAĞ-KUR (Çalışan Esnaf)	1926	2347	2792	2723	2585	1246	1166	372
SGK Emekli Sandığı (Emekliler)	633	624	804	614	2542	311	313	61
SGK (Çalışan İşçi)	6726	7649	8830	8539	80994	107364	142464	151858
SGK TOPLAM	9285	10620	12426	11864	86121	108921	143943	152291
GENEL TOPLAM	11372	12277	14155	13881	135910	156562	191638	195130

Örneklemin seçildiği İlgili Hastane' de sigortalı oldukları kuruma göre ayakta ve yatan hasta istatistiklerinde en dikkat çekici değişimin GSS' nin uygulamaya konulduğu 2008 yılında olduğu tahmin edilebilmektedir. Tablo 3.1.' de 2008 yılında ücretli yatan hastalarda % -28' lik; özel sigortalı yatan hastalarda % -24' lük ve özel sigortalı ayakta hastalarda % -28' lik bir azalış olduğu gözlenmektedir.

Ücretli hastaların hastaneyi ayakta veya yatarak tedavi görmek için tercih etmediklerinden 2007 – 2010 yılları arasında sayıları düşmüştür. Özel hastaneleri tercih eden özel sigortalı ve ücretli hastaların artık sözleşmesi olmayan özel hastaneleri tercih eder duruma geldikleri söylenebilir.

2007 – 2010 yılları arasında yatan ve ayakta hastaların sigortalı oldukları kuruma göre istatistikleri incelendiğinde; en büyük payın SGK Çalışan İşçi grubuna ait olduğu tespit edilmiştir.

2007 – 2010 yılları arasında toplam SGK kapsamındaki yatan hasta sayısı % 28, ayakta hasta sayısı ise % 77 artmıştır. SGK kapsamındaki hastaların muayene olmak için İlgili Hastane' yi yoğunlukla tercih ettiği yönünde yorum yapılabilmektedir.

2008 yılından itibaren yeşil kart, 18 yaş altı, işten ayrılma sebebiyle ödemesi İŞKUR tarafından yapılanlar, 1005 sayılı gaziler gibi sigortalıların da özel hastaneye başvurabildiği görülebilmektedir.

2.2. UYGULAMA ÖRNEĞİ SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Uygulama örneği sağlık göstergeleri içerisinde hasta yatağı sayıları, yatan hasta sayıları, ölen sayıları, ortalama kalış gün sayıları, yatak doluluk oranları, toplam doğum, toplam ameliyat ve poliklinik hasta sayıları yer almaktadır.

Tablo 3.2. Uygulama Örneğinde Sağlık Göstergeleri

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hasta yatağı	30	30	52	52	60	64
Yatan hasta	2111	8244	12174	12071	14218	13716
%	291	48	-1	18	-32	
Ölen sayısı	12	28	33	52	96	47
Ortalama kalış gün sayısı	1,7	1,7	1,8	2	1,5	1,7
Yatak doluluk oranları	33	129	117	130	99	71
Toplam doğum	164	745	753	741	1495	1338
%	354	1	-2	102	-11	
Toplam ameliyat	1120	5636	8748	6617	12258	9130
%	403	55	-24	85	-26	
Poliklinik sayısı	21972	94473	162833	214419	312740	243860
%	330	72	32	46	-22	

Tablo 3.2.' de 2005 - 2010 yılları arasında hasta yatağı sayısında artış % 113 olarak gözlenmektedir. Uygulama örneğinin atılım yaptığı açıkça izlenmektedir.

Yatan hasta sayısındaki artış ise; % 550 olarak tespit edilmiştir. Yatan hasta sayılarında en yüksek artış % 291 oranıyla 2005 – 2006 yılları arasında yaşanmıştır. En yüksek azalış ise 2009 – 2010 yılları arasında % -4 oranıyla gerçekleşmiştir. Katkı payının ve ilave ücretin en yüksek alındığı yıl olan 2010' da % -4 çok büyük bir oran olmayıp, % 70 oranında ilave ücret alınmasına rağmen hastaların ameliyat ve klinik işlemler için hastaneyi tercih ettiği sonucuna ulaşılabilmektedir.

Yatan hasta sayısındaki % 550' lik artışa karşın ölen sayısında da % 292' lik bir artış gözlenmektedir. Yatan hastaların artış oranı daha yüksek olduğundan, ölen sayısı yine de sağlık hizmetinin kaliteli değerlendirilebileceği yönünde bir ifade vermektedir.

Ortalama kalış gün sayısında 2005 – 2010 yılları arasında bir değişiklik söz konusu olmamıştır.

Türkiye geneli yatak doluluk oranı istatistikleri karşılaştırıldığında 2010 yılında ülke genelinde özel hastaneler yatak doluluk oranının 51 olduğu (Bkz. Tablo 2.15.), Bursa

ili yatak doluluk oranının 52 (Bkz. Ek 2) olduğu, uygulama örneğinin oranının ise 71 değeri ile AB ve OECD ortalamalarına (75) daha yakın olduğu görölmektedir.

2005 – 2010 yılları arasında yatak doluluk oranının % 115' lik bir artış gösterdiği görölmektedir. Bursa'daki diğer özel hastanelerle kıyaslandığında uygulama örneğinin % 115' lik artışına karşılık diğer özel hastanelerin toplamında % 108 artış yaşanmıştır (Bkz Ek 1). Sağlık hizmeti sunucularının genel olarak 2005 yılına göre daha verimli kullanıldığı söylenebileceği gibi, sağlık hizmeti kalitesine olumlu katkılardan da bahsedilebilecektir. İlgili Hastane' nin verilerinin standardın üzerinde olduğundan Hastane yataklarının çok verimli şekilde kullanıldığı yorumlanabilmektedir.

2005 – 2010 yılları arasında toplam doğum sayıları incelendiğinde, % 716' lık bir artış olduğu gözlenmektedir. İlgili Hastane' de doğum yapmayı tercih eden hasta sayısının yüksek olduğu tespit edilmiştir. En yüksek artış % 354 ile 2005 – 2006 yılları arasında; en yüksek azalış ise % -11 oranı ile 2009 – 2010 yılları arasında yaşanmıştır.

2005 – 2010 yılları arasında toplam ameliyat sayıları incelendiğinde, % 715 oranında bir artış gözlenmektedir. En yüksek artış 2005 – 2006 yılları arasında % 403 oranında yaşanırken, en yüksek azalış da 2009 – 2010 yılları arasında % -26 oranı ile izlenmiştir.

Bursa ili verileriyle kıyaslandığında 2009 yılı toplam ameliyat sayıları içerisinde uygulama örneğinin payı % 6 iken, 2010 yılında % 4' e düştüğü göze çarpmaktadır (Bkz. Ek 4). 2010 yılında yeni bir hastanenin açılmasının ve rakip hastanelerin tanınmasının bu düşüşte etkili olduğu yönünde yorum yapılabilmektedir. 2008'e kadar olan sürede Müdürlük verilerinin içerisinde sezaryenli doğumlar da dahil edilmediğinden 2009 ve 2010 yılları karşılaştırma için uygun bulunmuştur.

2005 – 2010 yılları arasında ilgili Hastane' nin polikliniklerine başvuran hasta sayısı % 1010 gibi çok ciddi bir oranda artmıştır. Bu yıllar içerisinde en yüksek artış % 330 ile 2005 – 2006 yılları arasında yaşanmıştır. 2009 – 2010 yılları arasında ise poliklinik sayılarında % -22 oranında düşüş meydana gelmiştir. 2006 yılında katkı payı alınmadan özel hastane kapıları açıldığından dolayı hasta sayısı çarpıcı şekilde artmıştır. Ancak 2010 yılında en yüksek katkı payı alındığı yıl olduğundan, hasta sayısı düşmüştür. Bu arada yeni hastaneler de açıldığından hasta potansiyelinde diğer hastanelere geçen bir kısım da olmuştur.

2.3. UYGULAMA ÖRNEĞİ TETKİK SAYILARI

Tablo 3.3. Laboratuvar ve Radyoloji Tetkikleri

	Laboratuvar Tetkikleri	Radyoloji Tetkikleri	Genel Toplam
2007	1.102.600	49.300	1.151.900
2008	1.584.760	70.300	1.655.060
2009	2.467.690	110.100	2.577.790
2010	1.445.840	122.240	1.568.080

Tablo 3.3.' de. laboratuvar ve radyoloji tetkiklerine ait istatistikler incelenmektedir. **Laboratuvar tetkikleri** içerisinde, ayakta ve yatan hastaların mikrobiyoloji ve biyokimya tetkikleri yer almaktadır. **Mikrobiyoloji tetkikleri**, her türlü enfeksiyon etkeni mikroorganizmanın incelenmesine dayalı testlerdir. Mikroskop altında incelenen bakteriyolojik, parazitolojik testler, kültür antibiyogramları vb. içerir. **Biyokimya tetkikleri** ise kan gazları, idrar biyokimyası, toksikoloji testleri vb. içerir.

Radyoloji tetkikleri ise, ayakta ve yatan hastaların röntgen, ultrasonografi, anjiyografi, BT, mamografi gibi tetkiklerinden oluşmaktadır.

2007 -2010 yılları arasında toplam tetkikler incelendiğinde % 36 oranında artış göze çarpmaktadır. En yüksek artış % 56 oranı ile 2008 – 2009 yılları arasında, en yüksek azalış 2009 – 2010 yılları arasında % -39 oranında yaşanmıştır. 2008' de GSS' nin uygulamaya konulmasıyla artan tetkikler, sınırlandırmalar ve yeni hastanelerin açılmasıyla düşmüştür.

2.4. UYGULAMA ÖRNEĞİ BY-PASS OLAN HASTALARDA ÖLÜM ORANI

Tablo 3.4. By-Pass Olan Hastalarda Ölüm Oranı

Yıllar /Ameliyat Ölüm	2006	2007	2008	2009	2010
By-Pass olan hasta	61	305	337	278	183
Ameliyat sonrası ölen	8	19	12	5	7
Ölüm %	13	6	4	2	4
Artış %	400	10	-18	-34	

GSS ile birlikte ilk olarak kalp hastalarından katkı payı ve ilave ücret alınmadan ameliyat yapılmaya başlanmıştır. Özel sektörün büyümesinin başlangıcı, anjiyo ve by-pass uygulamaları ile olmuştur. 2005 öncesinde bu tür ameliyatları üniversite veya eğitim araştırma hastanelerinde olmayı tercih eden hastalar, 2005 yılından sonra konforu nedeniyle özel hastaneleri tercih etmeye başlamışlardır.

Tablo 3.4.' de 2006 – 2010 yılları arasında toplam bypass yapılan hasta sayısında % 200' lük bir artış yaşanmıştır. En yüksek artış 2006 – 2007 yıllarında % 400 ile, en yüksek azalış ise % -34 ile 2009 – 2010 yıllarında gözlenmiştir.

Riski büyük olan ve genelde yaşı ilerlemiş hastalarda yapılması gerekli olan kalp ameliyatı sonrası ölümler yaşanabilmektedir. Uygulamanın başladığı ilk yıllarda bu oran yüksek iken ilerleyen yıllar içerisinde tecrübe arttığından düşmüştür. Tablo 3.4.' de 2006 yılında % 13 oranında ameliyat sonrası ölüm yaşanırken 2010 yılında bu oran % 4' e indiği görülmektedir.

Ameliyat sayılarındaki artış oranı ise 2006 - 2007 yılı arasında en büyük artış olan % 400' ü yaşamıştır. Ameliyat sayıları 2008' e kadar artmış, 2008 – 2010 yılları arasında azalmıştır. Bu yıllar arasında azalmanın nedenleri arasında, doktor ve ekip değişikliği, rakip durumda olan yeni hastanelerin açılması, ilave ücret uygulamalarının % 70' e çıkması sayılabilmektedir. Yeni kalp cerrahı ve ekibinin ameliyattan farklı uygulamalara yönelmesi, riskli grupları ameliyat etmemesi, fistül kateter gibi işlemlere yönelmesi de ameliyat sayılarının düşmesine sebep olduğu düşünülmektedir.

2.5. UYGULAMA ÖRNEĞİ ENFEKSİYON HIZI

Hastalar hastanede tedavi olurken 48 – 72 saat içinde gelişen ve hastanede gelişmesine rağmen taburcu olduktan sonra ilk 10 gün içinde ortaya çıkabilen hastane kaynaklı enfeksiyonlardır. Hastane enfeksiyon hızları sağlık hizmetlerindeki en önemli göstergelerden biridir.

Hastane Enfeksiyon Hızı % = 100 x (Enfeksiyon sayısı / Yatan hasta)

Bütün hastaneler tarafından, hastaneler arası karşılaştırmanın yapılabilmesi için SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı tarafından oluşturulan Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sistemi' ne düzenli olarak kayıt yapılması gerekmektedir.

Uygulama örneğinin bu sisteme girdiği, 11.05.2011 tarihli verileri temin edilerek değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 3.5. Uygulama Örneği Enfeksiyon Hızı Raporu

Branş grubu		Yatan hasta	Enfeksiyon sayısı	Hastane Enfeksiyon Hızı %
Cerrahi Branşlar	2006	2643	11	0,40
	2007	4294	11	0,20
	2008	4326	1	0,20
	2009	6765	11	0,16
	2010	5913	21	0,36
Yoğun Bakım-KVC-Reanimasyon-Koroner	2006	810	16	1,9
	2007	1650	20	1,2
	2008	1960	24	1,2
	2009	2453	20	0,82
	2010	2014	64	3,18
Yeni Doğan Yoğun Bakım	2006			
	2007			
	2008			
	2009	12		0,00
	2010	157	5	3,18

Tablo 3.5.'de ilgili hastanenin enfeksiyon hızları incelendiğinde standart olan % 3 – 10 arasında olduğu görülmüştür. Yalnızca 2010 yılında Yenidoğan ve KVC (Kardiyovasküler Cerrahi) – Reanimasyon – Koroner Yoğun Bakım bölümünde enfeksiyon hızının minimum oran olan % 3 hesaplandığı tespit edilmiştir. Genel anlamda sorun olacak oranda enfeksiyonun oluşmadığı, tedbirler alındığı ve kurallara uyulduğu yönünde değerlendirme yapılabilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi 2009 yılında açıldığından, önceki yıllara ait istatistik verileri mevcut değildir. 2010 yılında ani bir enfeksiyon oluşumu ile yenidoğan yoğun bakımda Hastane Enfeksiyon Hızı % 3,18 olarak gözlenmektedir.

Diğer bölümlerde inişli çıkışlı bir süreç izlenmiştir. 2010 yılında genel olarak bir artış söz konusudur. Ancak yine de minimum enfeksiyon hızı olduğundan ciddi bir sorun

görünmemektedir diye yorumlanabilmektedir. Tedbirlerin alınması, kuralların yeniden gözden geçirilip personele hatırlatılması faydalı olacaktır.

2.6. UYGULAMA ÖRNEĞİ PERSONEL SAYILARI

Bursa' daki İlgili Hastane' de çalışan grubu içerisinde sağlık personeli, sağlık hizmeti yürütülürken onlara destek otelcilik hizmetleri personeli ve hasta kabul, danışma gibi bölümlerde çalışan diğer personel yer almaktadır.

Tablo 3.6. Uygulama Örneği Personel Dağılımı

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Doktor	43	49	56	58	63	65
Hemşire			36	40	41	41
Acil Tıp Teknisyeni			37	39	47	60
Sağlık Memuru			8	9	10	10
Ebe			13	14	16	18
Anestezi			9	10	11	11
Laborant			9	10	11	13
Röntgen Teknisyeni			8	9	9	10
Otelcilik Hizmetleri			45	46	45	48
Diğer	255	301	171	175	195	200
Toplam	298	350	392	410	448	476
Toplam Personel İçinde Doktorlar %	14,4	14,0	14,3	14,1	14,1	13,7

Tablo 3.6' da 2005 – 2010 yılları arasında Bursa' daki İlgili Hastane' de çalışan doktor sayıları % 50 oranında artmış, diğer personel ise % 22 oranında azalmıştır.

2007 – 2010 yılları arasında uygulama örneğinde çalışan hemşire sayıları % 14, acil tıp teknisyenleri sayısında % 62 oranında artış, sağlık memuru ve röntgen teknisyenlerinde sayılarında % 25 artış, ebelerde % 38 artış, anestezi teknisyenlerinde % 22 artış, laborantlarda % 44 artış, otelcilik hizmetleri personelinde % 7 artış yaşanmıştır.

Bursa’ daki İlgili Hastane’ de yer alan personel içerisinde en belirgin artış % 62 oranı ile acil tıp teknisyenlerinde olmuştur. Daha sonra en yüksek ikinci artış oranı doktorların sayısında % 50 oranında yaşanmıştır.

Tablo 3.6.’ da 2005 – 2010 yılları arasında doktorların toplam personel sayısı içerisindeki payının değişkenlik göstermediği izlenmiştir. 2005’ te % 14 olan doktor payı, 2010 yılında da % 14 olarak göze çarpmaktadır. Artan hasta sayısı ve yardımcı hizmet personeli ile birlikte doktor sayısı da paralel olarak artmıştır.

2.7. UYGULAMA ÖRNEĞİ BİYOMEDİKAL CİHAZ SAYILARI

Uygulama örneği, 1998 yılında tıp merkezi olarak kurulmasına rağmen 2005 yılında hastane olarak hizmet vermeye başlamıştır. 2005 yılı ile birlikte GSS’ nin getirdiği yenilikler ile artan hasta sayısı ve yeni açılan bölümler karşısında yeni cihazlarla hastalara hizmet verme zorunluluğu doğmuştur. Bu süreç içerisinde devlet hastanelerinde çok uzak tarihlere verilen tahlil, tetkikler; özel hastanelerde aynı gün ya da yakın tarihlerde sonuçlandırılabilir hale gelmiştir. Getirilen düzenleme ile daha önce karşılanmayan tahlil, tetkik ücretleri devlet tarafından karşılanır olmuştur. Bu nedenle farklı bölümlere hitap eden biyomedikal cihazlar satın alınarak hastaların kullanımına sunulmuştur.

Tablo 3.7. Uygulama Örneği Biyomedikal Cihaz Sayısı

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Biyomedikal cihazlar	1200	1360	1620	1935	2160	2396

Tablo 3.7’ de 2005 – 2010 yılları arasında İlgili Hastane’ nin biyomedikal cihazlarının % 100 oranında arttığı görülmektedir. En yüksek artış oranları 2006 – 2007 ve 2007 – 2008 yılları arasında % 19 olarak yaşanmıştır.

Bu yıllarda alınan cihazlar arasında göz merkezinde kullanılan FAKO, excimer lazer, göz anjiyosu ve görme alanı cihazları; kardiyoloji bölümünde kullanılan efor, holter, eko cihazları; radyoloji bölümünde kullanılan üç boyutlu ultrason, açık MR, kemik dantsitometresi; odio laboratuvarında kullanılan bebek işitme test cihazları; nörofizyoloji laboratuvarında kullanılan EEG (*beyin dalgaları ölçüm testi*), EMG (*sinir testi*);

ameliyathanede kullanılan full HD endoskopi sistemi, ligaşurlu koter cihazları; laboratuvarında kullanılan cihazlar; yenidoğan yoğun bakımda kullanılan ventilatör cihazları yer almaktadır.

Özel hastanelerde biyomedikal cihaz satın alımında öncelikle devletin cihazla sağlanan tetkik ya da işlemi karşılması şartı aranmaktadır. Hastane yönetimi verdiği kadarını fazlasıyla geri alacağını bildiği yatırımları tercih etmektedir. Hata sayısının fazlalığından dolayı yeni bir doktor geliyor ise onun kullanacağı cihazların da temin edilmesi gerekliliği doğmaktadır. Hastane bünyesine katılan her doktor yeni cihaz anlamına gelmektedir. Yenilikleri takip ederek hastanenin tanıtımını yapma isteğinde olan hastane yöneticileri ve son teknolojiyi kullanma talebi olan sağlık personeli de bu alımlarda önemli etkenlerdir.

3. UYGULAMA ÖRNEĞİNDE HASTA MEMNUNİYETİ ARAŞTIRMASI

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

GSS' nin ikinci basamak özel sağlık hizmeti sunucularında belirgin etkilerini görmek açısından, kurumsal ve algılanan kalitesini değerlendirmek amacıyla; Bursa ilinde özel bir hastane uygulama örneği olarak seçilmiştir.

Ülke bazında sağlık hizmeti istatistiklerinden, ayrıca özel sektör ile Bursa ili içerisindeki diğer sektör hastanelerini karşılaştırma yapabilmek ve uygulama örneğinin ildeki payının ölçülmesi amacıyla; Bursa ili sağlık verilerinden yararlanılmıştır.

Bursa' da 2005 yılından itibaren hizmet veren, kalite çalışmalarına bu yıllarda başlamış olan, hasta sayısı yüksek, kapsamlı tüm branşlara sahip olan özel bir hastane araştırmanın evreni olarak seçilmiştir. İlgili Hastane, Bursa' daki özel hastaneler arasında yatan ve ayaktan hasta, ameliyat, doğum sayıları açısından ilk sıralarda yer almaktadır. Ayrıca GSS sürecinde hızla büyüdüğünden araştırma yapılması için anlamlı bir hastanedir.

Uygulama örneğinde kurumsal kalite olan “**Tıbbi bakım göstergeleri**” ve “**Hizmete dair göstergeler**”; ayrıca algılanan kalite olan “**Hasta geribildirimleri**” kullanılarak değerlendirmeler yapılmıştır. Hasta geribildirimleri, hastalara uygulanan memnuniyet anketlerinden oluşmaktadır. 2011 yılına ait, SB' nin hazırladığı ve tüm hastanelerde uygulamayı zorunlu tuttuğu hasta memnuniyet anketi değerlendirilmiştir. Bu anketler

içerisinde demografik veriler mevcuttur; ancak bir ölçek olmadığından istatistiki analize uygun değildir.

GSS konusunda yapılmış bir çalışma olmadığından, bu araştırma alanda ilk olma özelliği taşımaktadır. Hasta memnuniyet anketleri üzerinde farklı çalışmalar olsa dahi SB'nin zorunlu kıldığı anket ile ilgili araştırma daha önce yapılmamıştır.

GSS öncesi ve sonrası sürecin ele alınması, yeniliklerin tespiti, etkilerinin öne çıkarılması, olumsuz yönleri, eleştiriler, özel sağlık hizmeti sunucularına etkileri de uygulama örneğinde araştırılmıştır. Sağlık hizmeti kalitesinin en büyük göstergelerinden hasta memnuniyeti konusuna odaklanılmıştır. GSS'nin hangi konularda hastaları memnun ettiği yönünde bir yargıya sebep olabilecektir.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın ana amacı, GSS'nin özel sağlık hizmeti sunucularına olan etkileri arasında en önemli yere sahip olan hasta memnuniyetini uygulama örneği baz alınarak incelemektir. Hasta memnuniyet oranının ölçülmesi ve bu oranların demografik özellikler ile ilişkilerinin tespiti amaçlanmıştır.

Bu amacın yanı sıra ulaşılmak istenen alt amaçlar arasında; hastanenin en çok memnun olunan hizmetlerini sıralamak, acil servis, yatan ve poliklinik hastalarının hangi grubunda daha fazla memnuniyet sağlandığının ortaya çıkarılmasını sağlamak, gruplar arası ve demografik veriler ile karşılaştırmalar yapmaktır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

GSS öncesi ve sonrası dönem değerlendirilmek istendiğinden demografik bilgilerin dahil olduğu bir anket formatı 2005 yılında mevcut olmadığından, SB tarafından zorunlu tutulan anket formu kullanılarak araştırma yapılmıştır. Literatürde hasta memnuniyetini tıbbi bakım yönüyle inceleyen Boston Anketi, Patient Evaluation Measure (PEM), Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği gibi ölçekler mevcuttur. Ancak tez konusu tıbbi bakım yönüyle olmadığından ve sağlık hizmeti kalitesinin en önemli ölçüsü hasta geri bildirimleri olduğundan SB hasta memnuniyeti ölçme anketi kullanılmıştır.

Çalışmada, SB tarafından oluşturulan, 1.7.2011 tarihli yönerge ile uygulamayı zorunlu tuttuğu yatan, ayaktan ve acil servis hasta memnuniyet anketi kullanılmıştır. Tüm hastanelerin ölçülebilir ortak özelliklerini dikkate alarak, sonuçların karşılaştırılabilir olması amacıyla hazırlanan bir ankettir. 2005 yılından bu yana kamu idaresi hastanelerinde farklı bir anket formatı ile hasta memnuniyeti ölçümü yapılırken, 2011 yılından itibaren özel hastaneler de bu sistem içerisine dahil edilmiştir.

Tez çalışmasında, hastaların aldığı hizmet bölüme göre 3 tür anket formu kullanılmıştır (Bkz. Ek 5, Ek 6, Ek 7). “Yatan”, “Poliklinik” ve “Acil servis” hasta anket formları iki bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölüm, acil servis hasta memnuniyet anketinde 10 soru, yatan hasta memnuniyet anketinde 16 soru ve poliklinik hasta memnuniyet anketinde ise 12 sorudan oluşmaktadır. Anketlerde benzer olmakla birlikte farklı içerikte sorular mevcuttur. Bu sorular; 1, 2 ve 3 olarak (Hayır: 1 puan; Biraz: 2 puan ve Evet: 3 puana denk gelecek şekilde) puanlandırılmıştır.

İkinci bölüm ise 6 demografik sorudan oluşmaktadır. Anket formlarından elde edilen veriler, SPSS 13.0 kullanılarak değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Anketler, aylık olarak memnuniyet rehberinde belirtilen ve aşağıda yer alan formüller kullanılarak hesaplanmakta ve veriler kurumsal kalite sistemine kaydedilmektedir.

- ✓ Ayaktan hasta memnuniyet katsayısı: $(\text{Anket toplam puan} / \text{kişi sayısı}) \times 100 / 36$
- ✓ Yatan hasta memnuniyet katsayısı: $(\text{Anket toplam puan} / \text{kişi sayısı}) \times 100 / 48$
- ✓ Acil servis hasta memnuniyet katsayısı: $(\text{Anket toplam puan} / \text{kişi sayısı}) \times 100 / 30$
- ✓ Genel hastane memnuniyet katsayısı: $(\text{Ayaktan hasta memnuniyet katsayısı} \times 0,4) + (\text{Yatan hasta memnuniyet katsayısı} \times 0,4) + (\text{Acil servis hasta memnuniyet katsayısı} \times 0,2)^3$.

Anketler, daha önceden eğitilmiş hasta danışmanları aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Hasta danışmanları anketin önemini anlatarak, gizliliği konusunda

³ T.C. S.B., Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi 2012, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/03_ocak_2012/0501memnuniyet_anketleri_uygulama_rehberi_2012.pdf, (05.08.2012), s. 6.

hastaya güvence vermişlerdir. 16 yaşından büyük, durumu ağır olmayan ve gönüllü hastalar üzerinde uygulanmıştır.

Hastanelerin kalite yönetim ve hasta hakları birimleri anketlerin uygulanmasından ve sürecin yönetilmesinden sorumludur. Anketler, servislere ve poliklinik katlarına eşit şekilde dağıtılmıştır. Ayrıca bekleme salonları ve hasta odalarında bulunan anket formlarını doğrudan hastane yönetimine ulaştırabilecekleri kilitli anket kutuları; bekleme salonları ve servislerin koridorlarında bulunmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

GSS' nin özel sağlık hizmeti sunucularına ve hasta memnuniyetine etkileri incelenirken; Bursa ilinde 2005 öncesinde hastane olarak hizmet veren özel bir hastane, uygulama örneği olarak seçilmiştir. Çalışma içerisinde uygulama örneği yerine (İlgili Hastane) ifadesi kullanılmıştır. İlgili Hastane, GSS öncesi ve sonrasının izlenebileceği genel bir hastane olup, anket ve kalite uygulamaları arşivine sahiptir. Ayrıca HKS rehberine göre sınıflamada A grubu hastaneler arasında yer almaktadır. Bu nedenlere ilaveten hasta sayısı ve doktor kapasitesinin fazla olması daha geniş bir veri kaynağı sağladığından, seçilebilecek hastaneler arasında en uygun olanıdır.

1998 yılında tıp merkezi olarak açılmış olan İlgili Hastane, Bursa' nın merkezinde toplam 12.000 m² kullanım alanına sahiptir. 6 katlı binasında, 2005 yılından itibaren hastane olarak kardiyojoloji, kalp ve damar cerrahisi, kadın doğum, tüp bebek, göz gibi önemli branşlarda kesintisiz hizmet vermektedir. 1 adet anjiyo ünitesi, 4 ameliyathane salonuna sahiptir. 6 yataklı KVC yoğun bakım, 2 yataklı cerrahi yoğun bakım, 2 yataklı dahili yoğun bakım, 2 yataklı koroner yoğun bakım ve 11 kuvüzlü yeni doğan yoğun bakım üniteleri mevcuttur.

Bursa sağlık sektörünün ilk sıralarında yer alan İlgili Hastane, 2010 yılındaki sınıflandırmada üniversite ve özel hastaneler arasında Bursa' da 1. ve Türkiye genelinde 7. sırada yer almıştır⁴. Gelişmiş teşhis ve tedavi yöntemlerini kullanarak dahili ve cerrahi branşlarda yüksek kalitede ve güvenilir sağlık hizmeti sunmayı kendine misyon edinmiştir. Açık MR, multiscile tomografi gibi yüksek teknolojiye sahip cihazlara Bursa' da ilk sahip olan

⁴http://www.saglikaktuel.com/file/ozel_hastane_ile_vakif_universite_hastanelerinin_puanlandirilma_listesi.pdf, (25.01.2013), s. 1.

hastanelerdendir. Hasta potansiyeli ve yatak devir hızı yüksektir; ameliyat ve doğum sayıları da oldukça fazladır.

İlgili Hastane’ de 2011 yılı Temmuz ayı ile Aralık ayı arasında doldurulmuş olan anketlerden, rastgele örneklem yoluyla seçilenler değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Acil servis hasta anketinden 140, ayaktan hasta anketinden 178 ve yatan hasta anketinden 136 adedi araştırma için seçilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Hasta memnuniyeti araştırmalarında göze çarpan en önemli sınırlılık asimetrik bilgi farkıdır. Müşterice algılanan kalite ile kurumsal kalitenin bir kıyaslaması olarak hasta tatminini etkileyen bu faktör; hastaların kendilerine sunulan hizmetin teknik boyutunu değerlendirebilecek bilgi düzeyinde olmamalarıdır. Ancak yapılan araştırmalar “Hastaların doktoru konusunda bilgi kapasitesine önem verdikleri, ancak teknik yeterliliğin hastaların doktoru tekrar tercih etme eğilimlerini etkilemediği, tekrar doktor seçiminde ise doktorun ilgi ve hastaya yaklaşım tarzının önemli olduğu” sonucunu ortaya çıkarmıştır⁵.

Araştırmalarda sonuçları etkileyen bir diğer kısıt, hastaların doktorla ilişkilerinin devam etmesini istemelerinden dolayı veya daha önceki hasta – hekim iletişimindeki başarısızlık nedeniyle gerçekte ne düşündüklerini açıklamaktan çekinmeleridir. Ayrıca hastalar, psikolojik durumlarının sağlıklı insanlara göre daha hassas olmaları nedeniyle, aldıkları hizmetin her aşamasını objektif olarak değerlendiremezler⁶.

Sonuçların doğruluğunu etkileyebilecek diğer bir kısıt da, hastaların kendileri ile ilgilenen birincil sağlık personelinin (doktor, hemşire) verdiği hizmeti değerlendirerek, diğer hizmet süreçlerini de aynı değerlendirme skalasına almalarıdır. Doktorundan memnun olan hastanın, klinikte yaşadığı diğer aksaklıkları görmemesi veya önemsememesi bu duruma örnek olarak sayılabilir⁷.

⁵ Cevdet İşnas – Mehtap Tatar, “Doktor Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 5, S.3, 2000, ss. 147-159.

⁶ Ümit Şahin, “Hastane İşletmeciliğinde Kalite Hasta Tatmini ve İşgören Tatmini Paradigması”, www.umitsahin.com, (04.09.2012).

⁷ Fatma Pakdil, “Konur Hastanesi’ nde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti”, <http://www.merih.net/m1/wfatpak01.htm>, (28.02.2011).

Anketler sonucunda memnuniyet oranları SB' ye değil de bağımsız kuruluşlara gönderiliyor olsaydı daha objektif bir değerlendirme sağlanabilirdi. Bu konu da bir kısıt olarak araştırmayı etkilemektedir.

Hastalar doldurdukları anketlerin tedavileri üzerinde doktor ve hemşirelerin olumsuz etkileri olmasından, daha sonra geldiklerinde hoş karşılanmayacaklarından endişe ederek beğenmedikleri konuları belirtmeyebilir. Ancak anket üzerine isim, cinsiyet vb. bilgiler isteğe bağlı olduğundan; bu sınırlılık, hastanın tercihinine göre esnek durumdadır. Anket uygulamasında demografik bilgileri eksik ve isimsiz anketler çoğunluktadır.

3.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Aşağıda yer alan hipotezler acil servis, yatan ve ayaktan hasta anketleri için ayrı ayrı araştırılacaktır:

H1: Cinsiyet ile doktor seçme hakkını kullanma arasında ilişki vardır.

H2: Medeni durum ile hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.

H3: Sosyal güvence ile hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.

H4: Meslek ile hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.

H5: Öğrenim durumu ile hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.

3.7. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Uygulama örneğinde tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında, ayrıntılı olarak katılımcıların demografik bilgileri ile ilgili yorum yapılabilmektedir. Anketler Acil Servis, Poliklinik ve Servisler için ayrı ayrı uygulandığından, değerlendirmeler üç bölümde incelenmiştir. Bu bölümler:

- Demografik verilere ilişkin bulgular
- Hasta memnuniyetine ilişkin bulgular
- Uygulanan analizlere ilişkin bulgular

3.7.1. Demografik Verilere İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 2 açık uçlu ve 5 çoktan seçmeli soru hazırlanmıştır. Yatan hasta anketinde, tedavi olunan katın belirtildiği ilave bir çoktan seçmeli soru bulunmaktadır. Bu sorular katılımcıların hastaneye başvuru sıklığını, cinsiyetini, medeni ve öğrenim durumunu, yaş, sosyal güvence ve mesleğini tanımlamak üzere tasarlanmıştır. Demografik verilere ilişkin bulgular,

- Acil servis hasta memnuniyet anketine dair
- Ayaktan hasta memnuniyet anketine dair
- Yatan hasta memnuniyet anketine dair olmak üzere üç bölümde yer almaktadır.

Acil servis hasta memnuniyeti anket sonuçları 140 katılımcı ile gerçekleşmiştir. 8 ankette doğum yılı, 3 ankette ise meslek bilgisi katılımcılar tarafından doldurulmamıştır.

Tablo 3.8. Acil Servis Frekans Dağılımı

Başvuru Sayısı	Frekans (F)	Yüzde (%)
İlk kez	42	30
Daha önce de gelenler	98	70
Cinsiyet		
Kadın	65	46
Erkek	75	54
Medeni Durum		
Evli	105	75
Bekar	35	25
Yaş		
(18-29 yaş)	41	31
(30-64 yaş)	84	64
(65-80 yaş)	7	5
Öğrenim Durumu		
İlköğretim	63	45
Lise dengi okul	34	24
Üniversite ve üstü	43	31

Başvuru Sayısı	Frekans (F)	Yüzde (%)
Sosyal Güvence		
SGK Çalışan	78	56
SGK Emekli	34	24
Özel Sağlık Sigortası	5	4
Diğer	23	16
Mesleğiniz		
Ev hanımı	26	19
İdari görev	9	7
Diğer	7	5
Sağlık personeli	4	3
Serbest meslek	32	23
Memur	8	6
İşçi	32	23
Emekli	9	7
Öğrenci	10	7

Tablo 3.8.' de görüldüğü gibi acil servis bölümüne genelde, daha önce de Hastane' yi tercih etmiş olanlar başvurmaktadır. Diğer bir ifadeyle hasta bağlılığı fazladır.

Acil servise başvuranların geneli 30-64 yaş arasındadır, erkektir ve evlidir. Öğrenim durumu ilköğretim olanlar ve sosyal güvencesi SGK Çalışan İşçi olanlar çoğunluktadır. Bu bölüme en fazla oranda serbest meslek sahipleri ve işçiler başvuruda bulunmaktadır.

Acil servis hasta memnuniyet araştırmasında, 178 anket değerlendirmeye alınmıştır. 178 anketin tüm soruları cevaplanmıştır. Boş bırakılan soru mevcut değildir.

Tablo 3.9. Poliklinik Hastaları Frekans Dağılımı

Başvuru Sayısı	Frekans (F)	Yüzde (%)
İlk kez	64	36
Daha önce de gelenler	114	64
Cinsiyet		
Kadın	104	58
Erkek	74	42
Medeni Durum		
Evli	139	78
Bekar	39	22
Yaş		
(18-29 yaş)	64	36
(30-64 yaş)	104	58
(65-80 yaş)	10	6
Öğrenim Durumu		
İlköğretim	77	43
Lise dengi okul	47	27
Üniversite ve üstü	54	30

Başvuru Sayısı	Frekans (F)	Yüzde (%)
Sosyal Güvence		
SGK Çalışan İşçi	74	42
SGK Emekli	47	26
Yeşil kart	2	1
Özel Sağlık Sigortası	10	6
Diğer	45	25
Mesleğiniz		
Ev hanımı	57	32
İdari görev	8	5
Diğer	21	12
Sağlık personeli	2	1
Serbest meslek	25	14
Memur	20	11
İşçi	21	12
Emekli	13	7
Öğrenci	11	6

Tablo 3.9.' da görüldüğü gibi, poliklinik bölümüne genelde daha önce de İlgili Hastane' yi tercih etmiş olanlar başvurmaktadır. Diğer bir ifadeyle, İlgili Hastane' nin poliklinik bölümünde hasta bağlılığı fazladır. Polikliniklere başvuranların geneli 30 – 64 yaş arasındadır, kadındır ve evlidir. Öğrenim durumu ilköğretim olanlar ve sosyal güvencesi

SGK Çalışan İşçiler çoğunluktadır. Ayrıca en fazla oranda ev hanımları başvuruda bulunmaktadır.

Ayaktan hasta memnuniyet araştırmasında 136 anket değerlendirmeye alınmıştır. 15 ankette doğum yılı, 12 ankette ise meslek bilgisi katılımcılar tarafından doldurulmamıştır.

Tablo 3.10. Servis Hastaları Frekans Dağılımı

Başvuru Sayısı	Frekans (F)	Yüzde (%)
İlk kez	41	30
Daha önce de gelenler	95	70
Cinsiyet		
Kadın	78	57
Erkek	58	43
Medeni Durum		
Evli	119	88
Bekar	17	12
Yaş		
(18-29 yaş)	43	36
(30-64 yaş)	68	56
(65-80 yaş)	10	8
Öğrenim Durumu		
İlköğretim	50	37
Lise dengi okul	55	40
Üniversite ve üstü	31	23
Sosyal Güvence		
SGK Çalışan İşçi	59	43
SGK Emekli	23	17
Özel Sağlık Sigortası	3	2
Diğer	51	38

Başvuru Sayısı	Frekans (F)	Yüzde (%)
Mesleğiniz		
Ev hanımı	50	40
İdari görev	2	2
Diğer	9	7
Sağlık personeli	1	1
Serbest meslek	12	10
Memur	8	7
İşçi	28	23
Emekli	7	5
Öğrenci	7	5
Hastanın Bulunduğu Kat		
2.(Kalp Cerrahisi)	53	39
3.(Genel Cerrahi)	48	35
4.(Kadın Doğum)	35	26

Tablo 3.10' da görüldüğü gibi yatan hasta servislerine genelde daha önce de Hastane' yi tercih etmiş olanlar başvurmaktadır. Diğer bir ifadeyle Hastane' nin servis bölümünde hasta bağlılığı fazladır.

Servislere başvuranların geneli 30 – 64 yaş arasındadır, kadındır ve evlidir. Öğrenim durumu lise dengi okul ve sosyal güvencesi SGK Çalışan olanlar çoğunluktadır. Bu bölümlere en fazla oranda ev hanımları başvuruda bulunmaktadır.

Hastane servisleri yatan hastaların tedavi oldukları bölüme göre 2., 3. ve 4. kat olarak sınıflandırılmıştır. Örneklem dağılımı için, genel olarak birbirine yakın yüzdelik oranları seçilmiştir.

3.7.2. Hasta Memnuniyet Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Anket formlarının ikinci bölümünde acil servis hasta anketi için 10 soru, ayaktan hasta anketi için 12 soru ve yatan hasta anketi için 16 soru bulunmaktadır. Bu sorular, 1, 2 ve 3 olarak (Hayır: 1puan; Biraz: 2 puan ve Evet: 3 puana denk gelecek şekilde) puanlandırılmıştır.

Her anketin puanları toplanarak soru sayısına bölündüğünde o anketin hasta memnuniyet ortalaması; toplamda bütün anketlerin puanları toplanarak anket sayısına bölündüğünde ise her bir soruya ait hasta memnuniyet ortalaması elde edilmiştir.

Bakanlığın kılavuzuna uygun olarak anketi uygulayan tüm hastaneler ayaktan, yatan ve acil servis hastaları için ayrı ayrı memnuniyet katsayısı hesaplayarak 100 üzerinden değerlendirme yapmaktadır. Bu şekilde hastanelere başvuran, sağlık hizmeti alan hastaların memnun olup olmadıkları ile ilgili istatistiki bir veri elde edilmektedir.

İlgili Hastane için memnuniyet katsayıları aşağıda belirtilmiştir:

Tablo 3.11. Uygulama Örneğinde Hasta Memnuniyet Katsayıları

	Katsayı
Acil Servis Hasta Memnuniyet	93,5
Ayaktan Hasta Memnuniyet	89,1
Yatan Hasta Memnuniyet	96,4
Hastane Genel Memnuniyet	92,9

Tablo 3.11.' de uygulama yapılan İlgili Hastane' nin "acil servis hasta memnuniyet katsayısı" 93,5; "ayaktan hasta memnuniyet katsayısı" 89,1; "yatan hasta memnuniyet

katsayısı” 96,4 olarak hesaplanmıştır. Genel hastane memnuniyet katsayısı ise; 100 üzerinden 92,9 olarak tespit edilmiştir.

Bölgümlere göre memnuniyet katsayıları karşılaştırıldığında, en yüksek memnuniyetin “Yatan Hasta” grubunda olduğu gözlenmektedir. Daha sonra “Acil servis” ve en son “Ayaktan Hasta” grubu gelmektedir. En yoğun bölüm olan polikliniklerde; kalabalık, bekleme, randevu süresinin gecikmesi gibi problemlerden dolayı memnuniyetin azaldığı yönünde yorum yapılabilmektedir.

İlgili Hastane için hasta memnuniyet ortalamaları da aşağıda belirtilmiştir:

Hasta memnuniyet ortalaması, 1’ den 3’ e kadar puanlandırılmış sorulara verilen cevaplarda toplam puanın katılımcı sayısına bölümü ile elde edilir.

12 adet puanlı soru ile hesaplanan acil servis hasta memnuniyet ortalaması, 30 üzerinden 28,05’ tir.

12 adet puanlı soru ile hesaplanan ayaktan hasta memnuniyet ortalaması, 36 üzerinden 32,07’ dir.

16 adet puanlı soru ile hesaplanan yatan hasta memnuniyet ortalaması, 48 üzerinden 46,27’ dir. Genel olarak hasta memnuniyet ortalamalarının iyi derecelerde olduğu, hastane yi tercih eden ve hizmet alan hastaların memnun olarak hastaneden ayrıldıkları görülmektedir.

Acil servis hasta memnuniyet değerlendirmesinde, en yüksek ortalamaya sahip sorular,

- 4.Soru (Mahremiyet): **Ortalama: 2,89**
- 7.Soru (Çalışanlar Yönlendirme): **Ortalama: 2,89**
- 8.Soru (Temizlik): **Ortalama: 2,89**

En düşük ortalamaya sahip sorular ise

- 1.Soru (Beklemeden Muayene Olmak): **Ortalama: 2,55**
- 5.Soru (Doktorun Bilgi Vermesi): **Ortalama: 2,76**
- 6.Soru (Başkalarına Tavsiye Etme): **Ortalama: 2,78**

Hastane’ nin acil servisinde muayene olan hastaların mahremiyetlerine dikkat edilmesinden, çalışanların yönlendirmesinden, kibar ve saygılı olmasından ayrıca acil

servisin temizliğinden memnun oldukları; ancak çok beklemeden muayene olamadıkları, doktorun muayene sırasında hastalığın nedeni konusunda bilgi vermesinde, diğer sorulara göre nispeten Hastane' nin acil servisini başkalarına tavsiye etmelerinde sorun olduğu tespit edilmiştir.

Ayaktan hasta memnuniyet değerlendirmesinde, en yüksek ortalamaya sahip ilk 3 soru belirtilmiştir:

- 6.Soru (Personelin Kibar ve Saygılı Olması): **Ortalama: 2,92**
- 5.Soru (Doktorun Kibar ve Saygılı Olması): **Ortalama: 2,88**
- 12.Soru (Hastanenin İyi Hizmet Vermesi): **Ortalama: 2,85**

En düşük ortalamaya sahip 3 soru ise,

- 1.Soru (Bekleme): **Ortalama: 2,08**
- 8.Soru (Tahliller İçin Bekleme): **Ortalama: 2,14**
- 2.Soru (Doktoru Hastanın Seçmesi): **Ortalama: 2,54**

Hastane' nin polikliniklerine muayene olmaya gelen hastaların, personelin ve daha sonra doktorların kibar ve saygılı olmasından memnun oldukları; ancak hasta kayıt ve tahlil işlemleri için çok beklediklerinden şikayetçi oldukları anlaşılmaktadır. Diğer sorulara göre nispeten doktoru kendilerinin seçmesi konusunda da düşük memnuniyet olduğu görülmektedir.

Yatan hasta memnuniyet değerlendirmesinde, en yüksek ortalamaya sahip 3 soru belirtilmiştir:

- 8.Soru (Doktorların Kibar ve Saygılı Olması): **Ortalama: 3**
- 11.Soru (Mahremiyet): **Ortalama: 2,98**
- 13.Soru (Hastanenin Güvenli Olması): **Ortalama: 2,98**

En düşük ortalamaya sahip 3 soru ise;

- 6.Soru (Yemeklerin Lezzetli Olması): **Ortalama: 2,63**
- 3.Soru (Gürültü): **Ortalama: 2,65**
- 5.Soru (Yemeklerin Sıcak Olması): **Ortalama: 2,68'dir.**

Hastane’ nin servislerinde yatan hastaların doktorların kibar ve saygılı davranışlarından memnun oldukları, ayrıca muayene edilirken kapının kapanması, perde veya paravan bulunması gibi mahremiyet konularında hassas davranılmasından memnun oldukları; Hastane’ yi güvenli buldukları tespit edilmiştir. Ancak tedavi oldukları hasta odalarına gelen yemeklerin lezzetli ve sıcak olmamasından ve gürültülü bir ortamın bulunmasından şikayetçi oldukları görülmüştür.

3.7.3. Hasta Memnuniyetine Etki Eden Değişkenlere İlişkin Bulgular

Nitel değişkenler arasında ilişkilerin varlığı, Pearson Ki Kare testi ile ölçülmektedir. Bu testin uygulanabilme şartı olan hücre başına en az 5 gözlem bulunmadığında onun yerine yalnızca çapraz tablolar ile değerlendirme yapılmaktadır.

Tablo 3.12. Medeni Durum ile Temizlik ve Mahremiyet Algısına İlişkin Bulgular

	Medeni durum					
	Evli		Bekar		Toplam	
“Acil servis temizdi” sorusu						
Cevaplar	F	%	F	%	F	%
Hayır	0	0	3	100	3	100
Biraz	6	67	3	33	9	100
Evet	99	77	29	23	128	100
Toplam	105	75	35	25	140	100
“Tüm personel kişisel mahremiyetime özen gösterdi” sorusu						
Cevaplar	F	%	F	%	F	%
Hayır	0	0	2	100	2	100
Biraz	7	64	4	36	11	100
Evet	98	77	29	23	127	100
Toplam	105	75	35	25	140	100

*F: Frekans

Tablo 3.12. incelendiğinde acil servis hastaları için medeni durum ile acil servisin temizliği ve mahremiyete özel göstermeye ilişkin bulgular şöyledir:

Acil servisi temiz bulanların ve mahremiyete özel gösterildiğini belirtenlerin çoğunluğunu, evlilerin oluşturduğu görülmektedir. **Evliler bekarlara göre acil servisi daha temiz bulmuşlardır, ayrıca mahremiyet konusunda acil servisi özenli bulmuşlardır denilebilir.**

Tablo 3.13. Öğrenim Durumu ile Mahremiyet Algısına İlişkin Bulgular

“Tüm personel kişisel mahremiyetime...” sorusu	Öğrenim durum							
	İlköğretim		Lise dengi okul		Üniversite ve üstü		Toplam	
Cevaplar	F	%	F	%	F	%	F	%
Hayır	2	100	0	0	0	0	2	100
Biraz	2	18	1	9	8	73	11	100
Evet	59	47	33	26	35	28	127	100
Toplam	63	45	34	24	43	31	140	100

*F: Frekans

Tablo 3.13.’ de acil servise başvuranlar arasında öğrenim durumu ile “Tüm personel kişisel mahremiyetime özel gösterdi” sorusuna cevap verenler incelendiğinde; mahremiyetine özen gösterildiğini düşünenlerin çoğunluğunu % 45’ lik oran ile ilköğretim mezunları, daha sonra % 31’ lik oran ile üniversite ve üstü olanlar ve en son % 24’ lük oran ile lise dengi okul mezunları oluşturmaktadır. Öğrenim durumu ile mahremiyet konusunda ters orantılı bir ilişki kurulamamıştır. **Acil servise başvuranlar içerisinde mahremiyete gösterilen özeni en fazla ilköğretim mezunları hissetmiştir denilebilir.**

Tablo 3.14. Hasta Bağlılığı ile Hastane Tercihine İlişkin Bulgular

“Bir daha gelmem gerekirse bu ha...” sorusu	Başvuru Sıklığı					
	İlk kez		Daha önce		Toplam	
Cevaplar	F	%	F	%	F	%
Hayır	9	82	2	18	11	100
Biraz	7	35	13	65	20	100
Evet	48	33	99	67	147	100
Toplam	64	36	114	64	178	100

*F: Frekans

Tablo 3.14.’ de ayaktan hasta anketlerinde hastaneye başvuru sıklığı ile gerektiğinde bu hastaneyi tercih etme sorusuna cevap verenler incelendiğinde; hastaneye daha önce de başvuranların % 67 oranında hastaneyi tekrar tercih etme eğiliminde olduğu görülmektedir. **İlgili Hastane’ nin polikliniklerine daha önce başvuran hastalar İlgili Hastane’ yi tekrar tercih etmektedirler. Hastane’ ye başvuru sıklığı ile tekrar tercih etme arasında doğru orantının varlığından söz edilebilir.**

Tablo 3.15. Cinsiyet ile Doktor Seçme Hakkını Kullanmaya İlişkin Bulgular

“Muayene olacağım doktoru kendi...” sorusu	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
Cevaplar	F	%	F	%	F	%
Hayır	12	34	23	66	35	100
Biraz	7	54	6	46	13	100
Evet	85	65	45	35	130	100
Toplam	104	58	174	42	178	100

*F: Frekans

(Pearson Chi-Square: 11,101; sd: 2; p=0,004)

Tablo 3.15.’ de ki kare (chi square) analizi sonucunda pearson chi-square değeri **0,004<0,05** olduğundan dolayı ayaktan hastalar arasında cinsiyet ile muayene olacağı doktoru kendisi seçme arasında % 5 anlamlılık düzeyinde istatistiki olarak ilişki olduğu ima edilir. **H1 hipotezi kabul edilir.** H0 “Cinsiyet ile doktor seçme hakkını kullanma arasında ilişki yoktur.” reddedilir.

Karşılaştırmalı tabloda görüldüğü gibi kadın hastalar % 65 oranında doktorunu kendisinin seçtiğini ifade ederken, erkeklerde bu soru genelde % 66 olumsuz olarak yanıtlandırılmıştır. **Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda doktorunu kendisinin seçtiği tespit edilmiştir.**

Tablo 3.16. Medeni Durum ile Doktorun Bilgi Verip Zaman Ayırdığı Algısına İlişkin Bulgular

“Beni muayene eden doktor bilgi ver...” sorusu	Medeni durum					
	Evli		Bekar		Toplam	
Cevaplar	F	%	F	%	F	%
Hayır	6	100	0	0	6	100
Biraz	18	60	12	40	30	100
Evet	115	81	27	19	142	100
Toplam	139	78	39	22	178	100

*F: Frekans

Tablo 3.16. incelendiğinde genel anlamda ayaktan hastalar arasında muayene eden doktorun bilgi vermesi ve zaman ayırmasından memnun olanların çoğunluğunu %81 evli hastalar oluşturmaktadır. **Evlilerin bekarlara göre doktorun bilgi vermesi ve zaman ayırmasından daha memnun olduğu yönünde bir sonuç çıkarılabilmektedir.**

Tablo 3.17. Sosyal Güvence ile Doktorun Bilgi Verip Zaman Ayırdığı Algısına İlişkin Bulgular

“Beni muayene eden doktor bilgi ve...” sorusu	Sosyal güvence											
	SGK Çalışan İşçi		SGK Emekli		Yeşil kart		Özel sağlık sigortası		Diğer		Toplam	
Cevaplar	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Hayır	2	33	1	17	1	17	0	0	2	33	6	100
Biraz	17	57	6	20	0	0	3	10	4	13	30	100
Evet	55	39	40	28	1	1	7	5	39	28	142	100
Toplam	74	42	47	26	2	1	10	6	45	25	178	100

*F: Frekans

Tablo 3.17. incelendiğinde sosyal güvence açısından ayaktan hastalar arasında muayene eden doktorun bilgi vermesi ve zaman ayırmasından **en yüksek memnuniyet duyanların % 39 oranı ile SGK Çalışan İşçiler olduğu görülmektedir.**

Tablo 3.18. Sosyal Güvence İle Doktorun Kibar ve Saygılı Olduğu Algısına İlişkin Bulgular

“Beni muayene eden doktor kibar ve saygılı...” sorusu	Sosyal güvence											
	SGK Çalışan		SGK Emekli		Yeşil kart		Özel sağlık sigortası		Diğer		Toplam	
Cevaplar	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Hayır	1	20	0	0	1	20	1	20	2	40	5	100
Biraz	7	58	3	25	0	0	0	0	2	17	12	100
Evet	66	41	44	27	1	1	9	6	41	26	161	100
Toplam	74	42	47	26	2	1	10	6	45	25	178	100

*F: Frekans

Tablo 3.18. incelendiğinde ayaktan hastalar arasında muayene eden **doktorun kibar ve saygılı olduğu düşünenlerin genelinin % 41 oranında SGK Çalışan İşçiler olduğu,** doktorun kibar ve saygılı olmadığını düşünenlerin ise genelinin % 40 oranında diğer sigortalılar (sigortalı yakınları vb.) olduğu görülmektedir.

Tablo 3.19. Sosyal Güvence ve Hastaneyi Tavsiye Etmeye İlişkin Bulgular

“Bu hastaneyi başkaların...” sorusu	Sosyal güvence											
	SGK Çalışan İşçi		SGK Emekli		Yeşil kart		Özel sağlık sigortası		Diğer		Toplam	
Cevaplar	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Hayır	4	57	0	0	1	14	1	14	1	14	7	100
Biraz	9	47	3	16	0	0	0	0	7	37	19	100
Evet	61	40	44	29	1	1	9	6	37	24	152	100
Toplam	74	42	47	26	2	1	10	6	45	25	178	100

*F: Frekans

Tablo 3.19.’ da ayaktan hastalar arasında “Bu hastaneyi başkalarına öneririm.” sorusuna olumlu yanıt verenlerin de olumsuz yanıt verenlerin de genelinin SGK Çalışan İşçiler olduğu görülmektedir. Ayaktan hastalar arasında hastaneyi en fazla tavsiye etme eğiliminde olanların **SGK Çalışan İşçiler olduğu** söylenebilmektedir.

Tablo 3.20. Meslek ile Hastanedeki Hizmetin İyi Olduğu, Temizlik Personelinin Kibar ve Saygılı Olduğu Algısına İlişkin Bulgular

	Mesleğiniz																	
	Ev hanımı		İdari görev		Diğer		Sağlık personeli		Serbest meslek		Memur		İşçi		Emekli		Öğrenci	
“Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi” sorusu																		
Cevaplar	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Hayır	1	25	2	50	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Biraz	3	18	0	0	4	24	0	0	2	12	4	24	2	12	2	12	0	0
Evet	53	34	6	4	16	10	2	1	23	15	16	10	19	12	11	7	11	7
Toplam	57	32	8	5	21	12	2	1	25	14	20	11	21	12	13	7	11	6
“Temizlik personeli kibar ve saygılıydı” sorusu																		
Cevaplar	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Hayır	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Biraz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	0	0
Evet	49	41	2	2	9	7	1	1	12	10	8	7	28	23	5	4	7	6
Toplam	50	40	2	2	9	7	1	1	12	10	8	7	28	23	7	6	7	6

*F: Frekans

Tablo 3.20.’ de **ayaktan hastalar arasında** “Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.” sorusuna olumlu yanıt verenlerin genelinin **% 34 oranında ev hanımı olduğu** görülmektedir.

Ayrıca Tablo 3.20.’ de yatan hastalar arasında temizlik personelinin kibar ve saygılı bulanların genelini **% 41 oranında ev hanımlarının oluşturduğu** görülmektedir.

Tablo 3.21. Meslek İle Yemekleri Lezzetli Bulmaya ve Odadaki Eşyaların Çalışır Olduğuna İlişkin Bulgular

	Mesleğiniz																	
	Ev hanımı		İdari görev		Diğer		Sağlık personeli		Serbest meslek		Memur		İşçi		Emekli		Öğrenci	
“Yemekler lezzetliydi” sorusu																		
Cevaplar	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Hayır	1	13	0	0	1	13	1	13	2	25	1	13	2	25	0	0	0	0
Biraz	9	28	1	3	1	3	0	0	2	6	3	9	12	38	3	9	1	3
Evet	40	48	1	1	7	8	0	0	8	10	4	5	14	17	4	5	6	7
Toplam	50	40	2	2	9	7	1	1	12	10	8	7	28	23	7	6	7	6
“Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı” sorusu																		
Cevaplar	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Hayır	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
Biraz	5	46	0	0	2	18	0	0	3	27	0	0	1	9	0	0	0	0
Evet	45	41	1	1	7	6	1	1	8	7	8	7	27	24	7	6	7	6
Toplam	50	4	2	2	9	7	1	1	12	10	8	7	28	23	7	6	7	6

*F: Frekans

Tablo 3.21. incelendiğinde yatan hastalar arasında **yemekleri lezzetli bulanların ve odadaki eşyaların çalışır durumda olduğunu belirtenlerin genelini ev hanımlarının oluşturduğu** görülmektedir.

Tablo 3.22. Hasta Bağlılığı İle Hastaneyi Tavsiye Etmeye İlişkin Bulgular

“Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim” sorusu	Başvuru Sıklığı					
	İlk kez		Daha önce		Toplam	
Cevaplar	F	%	F	%	F	%
Hayır	0	0	1	100	1	100
Biraz	5	83	1	17	6	100
Evet	36	28	93	72	129	100
Toplam	41	30	95	70	136	100

*F: Frekans

Tablo 3.22.’ de yatan hastalar arasında hastaneye daha önce de başvuru yapanların ilk kez gelenlere göre, hastaneyi daha fazla tavsiye etme eğiliminde olduğu görülmektedir.

Tablo 3.23. Öğrenim Durumu İle Yemekleri Lezzetli Bulmaya İlişkin Bulgular

“Yemekler lezzetliydi” sorusu	Öğrenim durumu							
	İlköğretim		Lise dengi okul		Üniversite ve üstü		Toplam	
Cevaplar	F	%	F	%	F	%	F	%
Hayır	1	13	1	13	6	75	8	100
Biraz	11	32	19	56	4	12	34	100
Evet	38	40	35	37	21	22	94	100
Toplam	50	37	55	40	31	23	136	100

*F: Frekans

Tablo 3.23.’ de yatan hastalar arasında ağırlıklı olarak ilköğretim mezunlarının % 40 oranında yemekleri lezzetli bulduğu görülmektedir. Üniversite ve üstü öğrenim durumunda olanlar ise % 75 oranında olumsuz cevap vermişlerdir. **Öğrenim durumu arttıkça yemek hizmetinden memnuniyetin azaldığı yönünde değerlendirilebilmektedir.**

Tablo 3.24. Hastanın Tedavi Olduğu Kat İle Odadaki Eşyaların Çalışır Olduğuna İlişkin Bulgular

“Odadaki eşyalar çalışır duru...” sorusu	Hastanın bulunduğu kat							
	2.kat		3.kat		4.kat		Toplam	
Cevaplar	F	%	F	%	F	%	F	%
Hayır	0	0	2	100	0	0	2	100
Biraz	4	31	2	15	7	54	13	100
Evet	49	41	44	36	28	23	121	100
Toplam	53	39	48	35	35	26	136	100

*F: Frekans

Tablo 3.24’ de yatan hastalar arasında odadaki eşyaların çalışır durumda olduğunu belirtenlerin % 41 oranında 2. Kat (Kalp Cerrahi Servisi) hastalarından, soruya olumsuz

yanıt verenlerin tamamının ise 3. Katta (Genel Cerrahi Servisi) yatan hastalardan işaretlendiği görülmektedir. **Odadaki eşyaların arızasız olmasından memnuniyetin 2. Katta daha fazla olduğu sonra 4. (Kadın Doğum ve Çocuk Servisi) ve 3. Katın memnuniyet düzeyinin geldiği yönünde değerlendirme yapılabilmektedir.**

Tablo 3.25. Hastanın Tedavi Olduğu Kat ve Yemekleri Lezzetli Bulmaya İlişkin

Bulgular

“Yemekler lezzetliydi” sorusu	Hastanın bulunduğu kat							
	2.kat		3.kat		4.kat		Toplam	
Cevaplar	F	(%)	F	(%)	F	(%)	F	(%)
Hayır	6	75	0	0	2	25	8	100
Biraz	7	21	15	44	12	35	34	100
Evet	40	43	33	35	21	22	94	100
Toplam	53	39	48	35	35	26	136	100

*F: Frekans

Tablo 3.25.’ de yatan hastalar arasında yemeklerin lezzetli olduğunu belirtenlerin de, lezzetli olmadığını belirtenlerin de genelini 2. Kat (Kalp Cerrahi Servisi) hastalarından oluştuğu görülmektedir. 3. Katta (Genel Cerrahi Servisi) yatan hastalar arasında yemeklerin lezzeti konusunda olumsuz cevap veren mevcut değildir. Biraz yanıtını verenler ise en fazla 3. Katta bulunmaktadır. **Yemeklerin lezzetine dair memnuniyetin en fazla 3. Katta olduğu sonra sırasıyla 2. ve 4. Katın (Kadın Doğum ve Çocuk Servisi) memnuniyet düzeyinin geldiği yönünde değerlendirme yapılabilmektedir.**

SONUÇ

Sağlıkta dönüşüm projesi ve en önemli bileşenlerinden biri olan GSS, halkın sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği üzerinde yoğunlaşmış bu konu üzerindeki adaletsizlikleri büyük ölçüde gidermiştir. Vatandaş artış sağlık hizmeti talebinde bir rahatlamaya kavuşarak dilerse özel hastanelerden özel nitelikli sağlık hizmeti alabilir hale gelmiştir.

Kamu hastanelerinde önceki yıllara nazaran sağlıkta kalite, hasta hakları, hasta güvenliği ve memnuniyeti gibi konularda büyük aşama kaydedilmesi ile birlikte, özel hastanelerde daha köklü değişiklikler yaşanmıştır. Özel hastaneler, sektörün en fazla büyüme gösteren sağlık hizmeti sunucuları olarak dikkati çekmektedir.

GSS ile en büyük sağlık hizmeti alıcısı konumunda sağlık finansmanını sağlayan SGK' nın tasarruf sağlaması, önceki dönem bütçe açıklarının kapatılması hedefleniyordu. Ancak GSS ile ulaşılabilirliği artan sağlık hizmeti sonucunda artan talep ve sağlık hizmeti harcamaları bütçenin kontrolünü zorlaştırmıştır. Sürdürülebilir bir sistem olması için aile hekimliği sistemi devreye sokulmuş; fiyatlandırma üzerinde durulmuş, faturalar kontrol altında tutularak etkili bir denetim modeli kurulmaya çalışılmıştır.

Sistemin finansman zorlukları ile birlikte, öncelikli problem sağlık hizmeti kalitesinden ödün verilmemesi ve hastalar için hizmetin standartlaştırılabilmesidir. Bu nedenle hastanelerin, hizmette kalite standartları kılavuzu doğrultusunda şekillenmesi sağlanmıştır. Bu türden çalışmalar doğal olarak hastanelerin daha sistemli işler hale gelmesine sebep olup, hasta memnuniyetini getirmiştir. Nitekim TÜİK' in yaptığı yaşam memnuniyeti araştırmasına göre; 2003 yılı verilerine göre özel hastane, üniversite hastanesi, devlet hastanesi ve sağlık ocağından memnuniyet oranları sırasıyla % 48, % 47, % 41 ve % 39' dur¹. 2011 yılı yaşam memnuniyet araştırması verilerinde ise bu oranların genel olarak yükseldiği gözlenmektedir. Özel hastane memnuniyet oranının % 70' e, üniversite hastanesi memnuniyet oranının % 71' e ve devlet hastanesi memnuniyet oranının ise % 76' ya çıktığı görülmektedir².

¹ Hatice Kumcağız – Teslime Karabulut Doyurgan – Zafer Malazgirt, “Özel ve Normal Hasta Odalarında Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması”, **Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi**, C. 29, S. 4, 2012, s. 299; Özer, a.g.m., s. 142.

² T.C. TÜİK, Yaşam Memnuniyet Araştırması 2011, http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=15, (10.01.2013).

Tez çalışması içerisinde GSS' nin başta özel sağlık hizmeti sunucuları olmak üzere ülkemizde sağlık hizmetlerine olan etkileri üzerinde durulmuştur. Ülkemiz, Bursa ili ve uygulama örneği verileri tablolardan yararlanılarak yorumlanmıştır. Ayrıca İlgili Hastane' nin yöneticileri ve personeli ile görüşme yoluyla bilgi edinilmiştir. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Özel hastanelerin nicelikleri artmıştır. 2000 – 2010 yılları arasında Türkiye genelinde yataklı sağlık hizmeti sunucuları sayılarında üniversite hastanelerinde % 48 artış yaşanırken, özelde bu oran % 87'dir. Özel hariç diğer yataklı sağlık hizmeti sunucularında % -2' lik bir azalış meydana gelmiştir (Bkz. Tablo 2.1.). Ayrıca büyük hastaneler farklı şehirlerde, büyükşehirlerde ise farklı semtlerde şube açarak zincir hastane haline gelmişlerdir.
- Özel hastanelerin kapasiteleri genişlemiştir. Yatak sayıları incelendiğinde özel hariç diğer hastanelerde % 27 artış yaşanırken özelde bu oran % 131' dir (Bkz. Tablo 2.2).
- Sağlık hizmeti talebi artmış, kişi başına hastane müracaat sayıları yükselmiştir. 2002 – 2009 yılları arasında toplam kişi başına müracaat sayıları 2 katına çıkmıştır. En yüksek artış oranı % 633 ile özel hastaneler için yaşanmıştır (Bkz. Tablo 2.4.). Hastalar artık ulaşılabilir ve kalitesi artan sağlık hizmetine alıştıklarından; acil ve önemli olmayan rahatsızlıklarda dahi özel hastaneleri tercih eder duruma gelmiştir. Hastaneye bir amaçla gelen hasta, gelmişken gözünden ameliyat, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümüne girerek tedavi olabilmektedir. GSS öncesinin ne söylenirse yapan, sesi çıkmayan hastası; GSS sonrası haklarını bilen ve arayan, doktorun tedavisinde etkin olmak isteyen, gerektiğinde hesap soran, en ufak bekleme probleminde tartışma çıkarabilen, yemek ve temizlik konusunda titiz davranan hastası haline gelmiştir.
- Özel hastanelere tedavi olmaya gelen hasta sayısı fazlasıyla artmıştır. Sağlık hizmeti sunucularına müracaat sayılarında SB % 114, üniversite % 226 artarken özelde bu oran % 735 olmuştur (Bkz. Tablo 2.3). Gerek müracaat sayısı fazlalığından gerekse hasta profilindeki değişimden dolayı özel hastaneler artık birer devlet hastanesi haline gelmiştir. Özel hastanelerin hasta profilinde SGK' lı hastalar çoğunluktadır ve özel sigortalılar artık muayene olmak için SGK

anlaşması olmayan hastaneleri seçmektedirler. 2007 – 2010 yılları arasında toplam SGK kapsamındaki yatan hasta sayısı % 28, ayaktan hasta sayısı ise % 77 artmıştır. 2008 yılında ilgili Hastane başvurularında ücretli hastalarda ise - % 32' lik ve özel sigortalı hastalarda % -29' luk bir azalış yaşanmıştır (Bkz. Tablo 3.1).

- Özel sigortalı ve cepten ödeme yapan hastalar için bekleme, muayene süresinde, kalabalık, gürültü, temizlik gibi konularda kalite düşmüştür. GSS öncesinde çok az sayıda hastanın geldiği, sessizliği ve sakinliği nedeniyle cazip olan özel hastaneler, GSS sonrası oldukça kalabalık kuyrukların yaşandığı hastaneler haline gelmiştir. GSS öncesinde ertesi belki aynı güne rahatlıkla randevu alan hasta, şuanda bu imkana sahip değildir. Muayene sırasında doktorun kendisiyle ilgilenme süresi ortalama 10 – 15 dakika olsa dahi talebi olduğunda sorularına ayrıntılı cevap alabilirken şuan kendisiyle aynı konumda koridorda bekleyen sabırsız hastaların baskısı altında bilgi aktarımı yapılabilmekte ve doğal olarak muayene süresi kısalmaktadır. Daha önceden özel hastaneye adım atamayan SGK' lı hastalar için ise sağlık hizmeti kalitesi fazlasıyla yükselmiştir. İlgi, alaka, randevularda ve tetkiklerde kolaylık, işlemlerde hızlilik, yönlendirme, yemek, temizlik SGK' lı hastaları memnun etmektedir. Memnuniyet anketlerinde GSS öncesinde ücretten şikayet edilirken sonrasında temizlikten, kalabalık ve gürültüden şikayetlere rastlanmaktadır.
- 2008 yılında özel sektör yatak kapasitesine göre büyük ameliyat sayıları SB ve üniversite hastanelerinin 2 katıdır. 2009 yılında yatak devir hızları yorumlandığında SB veya üniversite hastanesinin 1 hasta şifa ile taburcu ederken özel hastanelerin 2 hasta şifa ile taburcu etmektedir(Bkz. Tablo 2.14.). 2010 yılında toplam uzman hekimin % 30' una sahip olan üniversite hastaneleri toplam ameliyatların ancak % 13' ünü gerçekleştirirken; toplam uzman hekimin %23' üne sahip özel hastaneler toplam ameliyatların % 21' ini gerçekleştirmiştir (Bkz. Tablo 2.15.).
- 2000 – 2008 yılları arasında artan sağlık hizmeti talebi ile doğru orantılı olarak toplam sağlık harcamaları % 600 artmıştır. Sanılanın aksine artan hasta sayısına

rağmen özel sektördeki sağlık harcama artışı % 400, kamu sektöründeki artıştan % 712 düşüktür (Bkz. Tablo 2.8.).

- Özel hastanelerde artan hasta, ameliyat, doğum sayılarına rağmen 2008 yılında halen kamu sektörü toplam sağlık hizmeti harcamalarında % 73, özel sektör ise % 27' lik bir paya sahiptir (Bkz. Tablo 2.8.). Devlet 2. ve 3. basamak hastanelerinde ortalama maliyet artarken, özel hastanelerde düşmüştür (Bkz. Tablo 2.10.). Özel hastaneler tüm giderlerini kendileri karşılarken, kamu hastanelerinde personel gideri, vergi gibi giderler devlet tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca hastalardan özel hastaneyi tercih ettikleri için ilave ücret alınarak, kamu hastanelerinden daha düşük maliyetle sağlık hizmeti alınabilmektedir.
- Hastalar tıbbi uygulamalar hakkında bilgili olmadığından, fark edemedikleri kalite artışı olmuştur. HKS' ye uyum sırasında her uygulama yazılı hale getirilmiş ve prosedürler yenilenmiştir. Hastane bünyesinde etik ve enfeksiyon komisyonları ayrıca kalite ve hasta güvenliği komiteleri oluşturulmuştur. Hasta güvenliği konusunda önemli aşamalar kaydedilmiştir. Acil durum kodları, hastanın kimliğini ve risklerini doğrulayıcı bileklikler, doğru taraf cerrahisi (ameliyat formları), hasta düşme olaylarını önleme, izolasyon tedbirleri gibi uygulamalar yerleşmiştir. Hasta haklarına hassasiyet fazlaşmıştır. Artık hastalar randevu alırken dahi muayene olacakları doktoru seçme hakkını elde etmişlerdir. İlgili Hastane' de hasta hakları birimi oluşturulmuş, hasta memnuniyet anketleri sistemli hale getirilmiştir. Hasta güvenliği sorumlusu görevlendirilerek olay rapor bildirimi (hasta düşmesi, yanlış organ ameliyatları, ilaç hataları vb. durumlar için) ve raporlanması çalışmaları başlatılmıştır. Hastalara taburcu öncesi eğitim ve evlerine götürecekleri kitapçıklar verilmiştir. Hastaların şifa ile taburcu sonrası sağlıklarını korumanın yolları açıklanmıştır. İlgili Hastane'nin artan hasta sayısına rağmen sağlık kalitesini doğrudan gösteren kriterlerden biri olan enfeksiyon hızı standartlara uygun bulunmuştur (Bkz. Tablo 3.5.). Ayrıca By-Pass ameliyatları sonrası ölüm oranları incelenmiş, 2006 – 2010 yılları arasında düştüğü, 2010 yılında % 4 ile makul bir seviyede tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 3.4). İlgili Hastane'nin yaşanan yoğunluğa rağmen kalitesinden ödün vermediği yönünde yorum yapılabilmektedir.

- Özel hastaneler değişen maliyetlere ayak uydurma ve rekabet politikalarıyla kendilerini öne çıkarmaya çalıştılar. Rekabet politikaları arasında randevu verme süresinin kısalması, yoğunlukla mücadele için doktor başta olmak üzere personel sayısının artırılması yer almaktadır. İlgili Hastane' nin de 2005 – 2010 yılları arasında doktor sayısı % 50 oranında; yardımcı sağlık personeli olan acil tıp teknisyenleri ise % 62 oranında artmıştır (Bkz. Tablo 3.6.). Gelişen hastane ile paralel olarak insan kaynakları sorumlusu, kalite sorumlusu, enfeksiyon sorumlu hemşiresi gibi yeni yönetici kademeleri hastane bünyesine eklenmiştir. Bir diğer rekabet politikası son teknoloji cihazların hastane bünyesine alınmasıdır. Devletin de yapılacak tetkikleri teşviki ile, İlgili Hastane' ye açık MR; göz bölümüne FAKO, excimer laser gibi yüksek maliyetli yeni cihaz alımları; laboratuvar bölümündeki tüm cihazların daha hızlı olan yenileriyle değiştirilmesi gerçekleşmiştir. İlgili Hastane bünyesinde bulunan toplam biyomedikal cihaz sayısı 2005 – 2010 yılları arasında % 100 oranında artmıştır (Bkz. Tablo 3.7.). Rekabette fırsat oluşturan diğer bir unsur da akreditasyon belgeleridir. GSS sonrası birçok özel ve üniversite hastanesi, ISO belgeleri ayrıca JCI gibi uluslararası kalite belgelerine sahip olmuştur. Bu belgeye sahip olan hastaneler, HKS sürecine kolaylıkla uyum sağlamıştır. İlgili Hastane' de 2008 yılında, ISO 9000 belgesini almıştır.
- Çalışanlara yönelik daha iyi koşullar oluşturulmasına ortam hazırlanmıştır. Çalışanlar için de bulaşıcı hastalıklardan korunma, iş güvenliği tedbirlerine riayet, eğitimlerin verilmesi, delici kesici alet yaralanmalarının raporlanması gibi çalışan güvenliği tedbirleri fazlalaşmıştır. İlgili Hastane' de de çalışan güvenliği sorumlusu belirlenerek, personelin aşı takibi, bulaşıcı hastalıklarının kontrolü ve önlenmesi gibi çalışmalar başlatılmıştır.
- Çalışanlar, GSS sonrası oluşan kalabalık ve yoğun iş yükü nedeniyle memnuniyetsizlik yaşamışlardır. Ancak ilgi, bilgi vermede geçen süre gibi konularda kalite sarsılsa dahi yeni duruma adapte olarak aynı sürede daha hızlı iş yapmaya, daha çok insana yardımcı olmaya alışmışlardır. İlgili Hastane' de personel, GSS sonrasında hayal dahi etmeyecekleri bir ortamda hizmet vermeye başlamışlardır. Bu sırada artan hasta sayısı uzmanlaşmayı getirdiğinden, işler daha pratik çözümlenmesini kolaylaştırmaktadır. Örneğin İlgili Hastane' nin

GSS öncesi bir hemşiresi hem gastroenteroloji polikliniği hem endoskopi, hem de odio (işitme) laboratuvarıyla ilgilenirken; şuan üç bölüm için de ayrı ve uzmanlaşmış eğitimli personel bulunmaktadır.

GSS' nin özel sağlık hizmeti sunucuları üzerindeki hasta memnuniyetini olgusal olarak incelemek amacıyla Bursa' da bir uygulama örneği belirlenmiştir. İlgili Hastane' nin hasta memnuniyet anketleri istatistiksel analizlere tabi tutulmuştur. Araştırmada ayakta, yatan ve acil servis hasta memnuniyetlerinin düzeyini belirleme, hangi demografik bilgilere göre değişiklik arz ettiğinin belirlenmesi, memnuniyet / memnuniyetsizliğin hangi faktörler ve bölümler üzerinde yoğunlaştığının tespiti amaçlanmaktadır.

İlgili Hastane, 2005 yılında Bursa' daki 5 özel hastaneden biri iken, 2010 yılında 11 özel hastaneden biri haline gelmesine rağmen ilk sıralardaki yerini korumuştur.

2008 – 2010 yılları arasında Bursa' da yeni hastanelerin kurulması, mevcut hastanelerin SGK ile anlaşma yapmaları, reklam ve kampanyalar ile öne çıkmaya çalışmaları gibi nedenlerle uygulama örneğinin hasta, ameliyat, doğum sayılarında düşüş yaşanmış olabilmektedir. Ayrıca ilave ücret oranı 2010 yılında % 70' e çıkmıştır. Alınan ücretler yükseldiğinden hasta ve işlem sayısında azalma yaşanmıştır. Kalp ameliyatlarındaki azalış bu sebeplere bağlı olabileceği gibi kalp cerrahi ekip değişikliği ile hastalarını farklı hastanelere yönlendirme şeklinde de açıklanabilmektedir. Yeni kalp ekibi önceki gibi riskli hasta gruplarını ameliyat için kabul etmeyip üniversite hastanesine yönlendirebilmektedir. Bunun sonucu hasta ve ameliyat sayılarında düşüş, mortalite oranlarında düşüş meydana gelmiştir. Buna rağmen daha önce kalp ameliyatları sonrası ortalama 7 gün kalış süresi bulunurken yeni ekiple birlikte ortalama kalış süresi 3 – 4 güne inmiştir. Hastane yönetiminin kar maliyet memnuniyeti sağlanmıştır.

Bursa' nın önde gelen özel hastanelerinden biri olan uygulama örneğinde yapılan anket çalışması neticesinde, hasta memnuniyet ortalamaları hesaplanmış ve hipotezlerin doğruluğu sorgulanmıştır. Hasta memnuniyet katsayılarına dair bulgular 100 puan üzerinden hesaplanmıştır:

Acil servis hasta memnuniyeti katsayısı 93,5; ayakta hasta memnuniyet katsayısı 89,1; yatan hasta memnuniyet katsayısı 96,4 ve hastane genel memnuniyet katsayısı ise 92,9'dur.

Acil servis hasta memnuniyet ortalaması, 30 üzerinden 28' dir. Ayaktan hasta memnuniyet ortalaması, 36 üzerinden 32' dir. Yatan hasta memnuniyet ortalaması, 48 üzerinden 46' dır. Genel olarak hasta memnuniyet ortalamalarının iyi derecelerde olduğu, İlgili Hastane' yi tercih eden ve hizmet alan hastaların memnun olarak ayrıldıkları görülmektedir.

Çoğu zaman hastaların ilk hastane deneyimlerini yaşadıkları yer olan acil servislerde, hastayı yaşamda tutmaya yönelik hizmetler verilir. Klinik hizmetlerde hastanın hizmet aldığı süre daha uzun olduğundan hastane, aynı zamanda bir konaklama mekanı olmaktadır. Hizmet süresi uzadıkça hizmette aksamaların meydana gelme olasılığı doğal olarak yükselmektedir. Buna rağmen İlgili Hastane' nin servislerinde yatan hasta memnuniyet oranlarında düşüş görünmemektedir. Servis personelinin başarılı olduğu yönünde olumlu olarak yorumlanabilmektedir³.

Hasta memnuniyetinin araştırıldığı Yağcı ve Duman tarafından yapılan bir çalışmada da hastaların en iyi hizmeti özel hastanelerden, daha sonra üniversite hastanelerinden, daha sonra ise devlet hastanelerinden aldıklarını düşündükleri ortaya çıkmıştır⁴.

Hasta memnuniyet ortalamalarından yola çıkılarak şu sonuçlara ulaşılır:

- Hastanenin acil servisinde muayene olan hastaların; mahremiyetlerine dikkat edilmesinden, çalışanların yönlendirmesinden, kibar ve saygılı olmasından ayrıca acil servisin temizliğinden memnun oldukları ortaya çıkmıştır. Ancak çok beklemeden muayene olamadıkları, doktorun muayene sırasında hastalığın nedeni konusunda bilgi vermesinde, diğer sorulara göre nispeten hastanenin acil servisini başkalarına tavsiye etmelerinde sorun olduğu tespit edilmiştir.
- Hastanenin polikliniklerine muayene olmaya gelen hastaların, personelin ve daha sonra doktorların kibar ve saygılı olmasından memnun oldukları; ancak hasta kayıt ve tahlil işlemleri için çok beklemeden şikayetçi oldukları anlaşılmaktadır.
- Hastane' nin servislerinde yatan hastaların; doktorların kibar ve saygılı davranışlarından memnun oldukları, ayrıca muayene edilirken kapının

³ Mehmet İsmail Yağcı – Teoman Duman, “Hizmet Kalitesi – Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması”, **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, C. 7, S. 2, 2006, s.235.

⁴ Yağcı – Duman, a.g.m., ss. 230-233.

kapanması, perde veya paravan bulunması gibi mahremiyet konularında hassas davranılmasından memnun oldukları; hastaneyi güvenli buldukları tespit edilmiştir. Ancak tedavi oldukları hasta odalarına gelen yemeklerin lezzetli ve sıcak olmamasından ayrıca gürültülü bir ortamın bulunmasından şikayetçi oldukları görülmüştür.

Hipotezlerden yola çıkılarak ise şu sonuçlara ulaşılır:

- **H2: MEDENİ DURUM ile hasta memnuniyeti arasında ilişki vardır.**
- Evlilerin bekarlara göre acil servisi daha temiz, ayrıca evlilerin bekarlara göre acil servisi mahremiyet konusunda daha özenli buldukları tespit edilmiştir.
- Ayaktan hastalarda evlilerin bekarlara göre, doktorun bilgi vermesi ve zaman ayırmasından daha memnun olduğu yönünde bir sonuç çıkarılabilmektedir.
- **H3: SOSYAL GÜVENCE ile hasta memnuniyeti arasında bir ilişki vardır.**
- Ayaktan hastalar arasında doktorun bilgi vermesinden, doktorunun kibar ve saygılı davranmasından en fazla memnun olan ve hastaneyi tavsiye etmeye en fazla eğilimi olanların SGK Çalışanları olduğu tespit edilmiştir.
- **H4: MESLEK ile hasta memnuniyeti arasında bir ilişki vardır.**
- Ayaktan hastalar arasında hastanede verilen hizmeti iyi bulanların, yatan hastalar arasında temizlik personelini kibar ve saygılı bulanların, yatan hastalar arasında yemekleri lezzetli bulanların ve odadaki eşyaların çalışır durumda olduğunu belirtenlerin genelini, ev hanımlarının oluşturduğu tespit edilmiştir.
- **H5: ÖĞRENİM DURUMU ile hasta memnuniyeti arasında bir ilişki vardır.**
- Acil servise başvuranlar içerisinde mahremiyete gösterilen özenden, yatan hastalar arasında yemeklerin lezzetli oluşundan memnun olanların genelini ilköğretim mezunlarının oluşturduğu tespit edilmiştir. Üniversite mezunları yemeklerin lezzetinden memnun olmamıştır. Öğrenim durumu arttıkça, yemek hizmetinden memnuniyetin azaldığı yönünde değerlendirilebilmektedir.

Genel memnuniyet olarak, Hastane' nin polikliniklerine ve servislerine daha önce de gelen hastaların hastaneyi tavsiye etme eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Hastane' ye genelde eski hastaların başvurduğu ve hasta bağlılığının yüksek olduğu bulunmuştur.

Odadaki eşyaların arızasız olmasından memnuniyetin 2. (Kalp Cerrahisi) servisinde daha fazla olduğu, sonra 4. (Kadın Doğum ve Çocuk) servisinin ve 3. (Genel Cerrahi) servisinin memnuniyet düzeyinin geldiği yönünde değerlendirme yapılabilmektedir.

Yemeklerin lezzetine dair memnuniyetin en fazla 3.(Genel Cerrahi) servisinde olduğu, daha sonra sırasıyla 2. (Kalp Cerrahisi) servisi ve 4.(Kadın Doğum ve Çocuk) servisi memnuniyetinin geldiği yönünde değerlendirme yapılabilmektedir. Hasta memnuniyeti ile hastanın yattığı servis tamamen ilişkili bulunmamıştır. Buna paralel olarak literatürde, hastanın yattığı servisin memnuniyet üzerinde etkisi olmadığı sonucunu bulan araştırmalar da mevcuttur. Çelikkalp, hasta memnuniyetinin hastaların yattıkları servislere ve sosyo demografik özelliklerine göre değişmediğini tespit etmiştir⁵.

Ayrıca öğrenim durumu ve hasta bağlılığı ile ilgili elde edilen sonuçlar da, Kızak ve Aksaraylı' nın ayrıca Devebakan' ın çalışması ile paralellik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda düşük eğitilmiş hastaların yüksek eğitilmiş hastalara göre ve sadık hastaların sadık olmayanlara göre, hizmet kalitesini daha olumlu değerlendirdikleri bulunmuştur⁶.

Uygulama örneğinde yaş değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı halde, literatürde yaş ilerledikçe memnuniyet düzeyinin yaşla birlikte doğru orantılı olarak yükseldiği bulunmuştur⁷.

Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda aynı anket formunun farklı yıllarda uygulanmasıyla, hasta memnuniyetinin yıllar itibariyle karşılaştırılması faydalı olacaktır.

SB' nin kontrolünde sağlanan anket formunda güvenilirliği sağlanmış bir ölçek kullanılırsa istatistiksel analiz imkanı sağlanmış olacaktır. Aynı zamanda anket formu bu şekilde bilimsel çalışma yapan akademisyenlerin kullanımına daha uygun hale gelecektir.

Hasta memnuniyet ölçümünde hastaların objektif görüşünün alınması için kapalı zarf bir yöntem olarak kullanılabilmesi gibi, kurum dışından bir anketör de uygulamayı

⁵ Çelikkalp v.dğr., a.g.m., s. 12

⁶ Kızak – Aksaraylı, a.g.m., s. 105; Nevzat Devebakan, <http://www.kalder.org.tr/%5CGenel%5Cdownload%5C/SAGLIK%20ISLETMELERINDE%20AHK%20VE%20OLCUMU.pdf>, (25.01.2013), s. 54.

⁷ Özlü, a.g.tz., s. 2.

gerçekleştirebilir. Hatta danışmanlık ve araştırma kuruluşlarından biri seçilirse; hem profesyonel olarak düzenli hasta geribildirimleri toplanabilecek, hem de daha sağlıklı bir değerlendirme yapılabilecektir.

Uygulamanın yapıldığı İlgili Hastane’ de kısa dönemde acil servis ve poliklinik bölümünde ifade edilen “Bekleme”; servis bölümünde ise “Yemek” sorununa çözüm bulunması; uzun dönemde de memnuniyet oluşturan “Mahremiyete özen”, “Tüm personelin kibar ve saygılı olması” ve “Güven verici bir hastane olması” özelliklerinin öne çıkarılarak Bursa sağlık sektöründeki mevcut yerin sağlamlaştırılması önerilmektedir.

EK 1: BURSA İLİ SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. Basamak Kamu Sağlık Hizmeti(SH) Sunucuları	307	308	311	312	225	232	243	272	283	1040	1034
1. Basamak Özel SH Sunucuları	*	68	68	65	66	63	54	33	20	14	22
Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
Özel Dal ve Tıp Merkezleri	*	22	20	29	22	23	28	38	43	40	38
Kamu Hastaneleri	24	24	24	24	24	24	24	23	23	23	23
Özel Hastaneler	5	3	3	3	3	5	8	8	9	10	11
Toplam Hastane Sayısı	29	27	27	27	27	29	32	31	32	33	34
Genel Toplam	338	427	428	436	344	349	359	376	380	1130	1131

Kaynak: Bursa İl Sağlık Müdürlüğü.

* Özel Tıp Merkezi, Özel Dal Merk., Özel Poliklinikler 2000 yılında yayınlanan yönetmeliğe göre ruhsatlandırıldığından 2001'den itibaren sayılar verilmiştir.

EK 2: BURSA İLİ YATAK İŞGAL (DOLULUK) ORANI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SB Ort.	62,4	62,59	63,88	62,28	75,86	69,68	66,75	68,55	73,56	75,9	70
Uludağ Ün. Ort.	76,92	82,29	63,63	79,58	82,45	81,03	77,01	82,73	73,43	83,25	95,59
Özel Hst. Ortalaması	14,61	14,49	15,29	21,01	15,35	25,42	22,15	54,1	59,62	57,3	51,81

Kaynak: Bursa İl Sağlık Müdürlüğü.

EK 3: BURSA İLİ DOĞUM SAYILARI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Normal Doğum	14442	25508	12656	10945	6647	7468	12012	30587	17382	13969	13714
Müdahaleli Doğum	17422	7075	17418	16218	15966	23847	17182		12481	5042	3976
Sezaryenle Doğum	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18203	18898
Toplam doğum	31864	32583	30074	27163	22613	31315	29194	30587	29863	37214	36588

Kaynak: Bursa İl Sağlık Müdürlüğü.

*2000-2008 yılları arasında sezaryenle doğumlar ameliyat grubu içerisine dahil edildiğinden ayrıca görünmemektedir.

EK 4: BURSA İLİ AMELİYAT SAYILARI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Büyük Ameliyat	28150	39580	40451	50390	53083	73368	81567	103726	99612	*	
Orta Ameliyat	24222	23869	23941	19557	12477	44482	47358	53876	67753	*	
Küçük Ameliyat	11011	7900	11439	12329	7235	13903	22567	41932	45604	*	
A Grubu Ameliyat	*									14607	15052
B Grubu Ameliyat		*								40990	43220
C Grubu Ameliyat			*							65990	75389
D Grubu Ameliyat				*						50190	54132
E Grubu Ameliyat					*					50270	56645
Toplam	63383	71349	75831	82276	72795	131753	151492	199534	212969	222047	244438

Kaynak: Bursa İl Sağlık Müdürlüğü.

*2009-2010 yılları arasında bilgi sistemdeki yeniliklerden dolayı ameliyat gruplandırması değişiklik göstermiştir. Değerlendirme kolaylığı sağlanması amaçlanmıştır. 2000-2008 yılları arasında büyük-orta-küçük ameliyatlar olarak gruplandırılırken, 2009 yılı ve sonrasında A,B,C,D ve E Grubu ameliyatlar olarak geçmektedir.

EK 5: ACİL SERVİS HASTA MEMNUNİYET ANKET FORMU

	<h3>ACİL SERVİS HASTA MEMNUNİYET ANKETİ</h3>	
Tarih:...../...../.....		Anket No:

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.

Başhekim

	Lütfen aşağıdaki ifadelere ilişkin görüşünüzü en iyi yansıtan cevabı daire içerisine alarak işaretleyiniz.	EYET	BİRAZ	HAYIR
	Örnek: (1)			
1	Acil serviste çok beklemeden muayene oldum.	(3)	(2)	(1)
2	Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı.	(3)	(2)	(1)
3	Tüm personel bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
4	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	(3)	(2)	(1)
5	Beni muayene eden doktor, hastalığımin nedeni konusunda bana bilgi verdi.	(3)	(2)	(1)
6	Bu acil servisi başkalarına tavsiye ederim.	(3)	(2)	(1)
7	Acil serviste hizmet aldığım süre boyunca çalışanlar beni iyi yönlendirdi.	(3)	(2)	(1)
8	Acil servis temizdi.	(3)	(2)	(1)
9	Tekrar acile gelmem gerekirse yine bu acil servisi tercih ederim.	(3)	(2)	(1)
10	Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.	(3)	(2)	(1)
11	Hastanemize ilk başvurunuz mu?	() Evet	() Hayır	
12	Cinsiyetiniz?	() Kadın	() Erkek	
13	Doğum yılınız?			
14	Medeni Durumunuz	() Evli	() Bekar	
15	Öğrenim Durumunuz	() Okuryazar değil () İlkokul / Ortaokul () Üniversite ve Üstü	() Okuryazar () Lise ve dengi okul	
16	Sosyal güvenceniz?	() SGK çalışan () Yeşil kart () Sosyal güvencesi yok	() SGK emekli () Özel sağlık sigortası () Diğer.....	
17	Mesleğiniz			
18	Varsa görüş, önerileriniz.			

EK 6: AYAKTAN HASTA MEMNUNİYET ANKET FORMU

	AYAKTAN HASTA MEMNUNİYET ANKETİ	
...../...../.....	Anket No:	

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerimizi iletiriz.

Başhekim

	Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi daire içerisine alarak işaretleyiniz. Örnek: (1)	EVET	BİRAZ	HAYIR
1	Hasta kayıt işlemleri için çok beklemedim.	(3)	(2)	(1)
2	Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.	(3)	(2)	(1)
3	Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı.	(3)	(2)	(1)
4	Beni muayene eden doktor hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.	(3)	(2)	(1)
5	Beni muayene eden doktor kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
6	Diğer personel bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
7	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	(3)	(2)	(1)
8	Bana yapılan tahlil/tetkikler için çok beklemedim.	(3)	(2)	(1)
9	Bu hastaneyi başkalarına öneririm.	(3)	(2)	(1)
10	Bir daha hastaneye gelmem gerekse bu hastaneyi tercih ederim.	(3)	(2)	(1)
11	Poliklinikler (muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi.	(3)	(2)	(1)
12	Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.	(3)	(2)	(1)
13	Hastanemize ilk başvurunuz mu? () Evet () Hayır			
17	Öğrenim Durumunuz	() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul / Ortaokul () Lise ve dengi okul () Üniversite ve Üstü		
14	Cinsiyetiniz? () Kadın () Erkek			
18	Sosyal güvenceniz?	() SGK çalışan () SGK emekli () Yeşil kart () Özel sağlık sigortası () Sosyal güvencesi yok () Diğer.....		
15	Doğum yılınız?			
19	Mesleğiniz			
16	Medeni Durumunuz () Evli () Bekar			
20	Varsa görüş, önerileriniz.			

EK 7: YATAN HASTA MEMNUNİYET ANKET FORMU

	<h3>YATAN HASTA MEMNUNİYET ANKETİ</h3>	
Tarih:...../...../.....		Anket No:

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.

Başhekim

	Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi daire içerisine alarak işaretleyiniz. Örnek: (1)	EVET	BİRAZ	HAYIR
1	Yattığım oda temizdi.	(3)	(2)	(1)
2	Oda sıcaklığı uygundu.	(3)	(2)	(1)
3	Yattığım oda ve çevresi gürültülü değildi.	(3)	(2)	(1)
4	Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak vb.).	(3)	(2)	(1)
5	Yemekler geldiğinde sıcaktı.	(3)	(2)	(1)
6	Yemekler lezzetliydi.	(3)	(2)	(1)
7	Doktorlar hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.	(3)	(2)	(1)
8	Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
9	Hemşireler bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
10	Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdiler.	(3)	(2)	(1)
11	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	(3)	(2)	(1)
12	Temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
13	Bu hastane güvenlidir.	(3)	(2)	(1)
14	Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim.	(3)	(2)	(1)
15	Hastane genel olarak temizdi.	(3)	(2)	(1)
16	Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.	(3)	(2)	(1)
17	Hastanemize ilk başvurunuz mu?	() Evet	() Hayır	
18	Cinsiyetiniz?	() Kadın	() Erkek	
19	Doğum yılınız?			
20	Medeni Durumunuz	() Evli	() Bekar	
21	Öğrenim Durumunuz	() Okuryazar değil () İlkokul / Ortaokul () Üniversite ve Üstü	() Okuryazar () Lise ve dengi okul	
22	Sosyal güvenceniz?	() SGK çalışan () Yeşil kart () Sosyal güvencesi yok	() SGK emekli () Özel sağlık sigortası () Diğer.....	
23	Mesleğiniz			
24	Varsa görüş, önerileriniz.			

KAYNAKLAR

Kitaplar

- AKAR Çetin – Hüseyin ÖZALP, **Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim**, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1999.
- ASLAN M. Hanifi, **Hizmet Ekonomisi**, Alfa Yayınevi, İstanbul, 1998.
- ÇAKMAK Güler, **Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Yönetim Rehberi**, İstanbul, 2009.
- ÇIRAKLI Zeynep – Ferhat SAYIM, “Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi”, **T.C. SB Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı**, ed. Harun Kırılmaz, C. 2, 1. b., T.C. SB Yayın No: 772-2, Ankara, 2009, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/1_kongre_cilt2.pdf, (25.01.2013).
- EFİL İsmail, **Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi**, 4.b., Alfa Yayınevi, İstanbul, 1999.
- FİŞEK Nusret H., **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi – Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No: 2, Ankara, 1985.
- GÜLAY Sedat, “Ankara İli Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları: Hastaneler, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri”, **T.C. S.B. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı**, ed. Harun Kırılmaz, C.3, 1. b., T.C. SB Yayın No: 772-3, Ankara, 2009, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/1_kongre_cilt3.pdf, (25.01.2013).
- MOLLAHALİLOĞLU Salih v.dğr., “Sağlık Grup Başkanlarının Kalite ve Performans Yaklaşımı”, **T.C. SB Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı**, ed. Harun Kırılmaz, C.3, 1. b., T.C. SB Yayın No: 772-3, Ankara, 2009, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/1_kongre_cilt3.pdf, (25.01.2013).
- T.C. BAŞBAKANLIK, **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 9: Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, İdareyi Geliştirme Başkanlığı, Ankara, 2005.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti**, ed. Recep Akdağ, T.C. S.B. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi

Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Araştırma Serisi 4, T.C. SB Yayın No: 806, Ankara, 2010.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı – 2008**, T.C. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C. SB Yayın No: 790, Ankara, 2010.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı – 2009**, T.C. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C. SB Yayın No: 824, Ankara, 2011.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, **Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri**, ed. İsmail Demirtaş – İrfan Şencan, 1.b., Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü – Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara, 2012.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu**, ed. Recep Akdağ, Yayın No: 749, Ankara, 2008.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI – T.C. YÖK, **Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, T.C. SB Yayın No: 739, Ankara, 2008.

T.C. SGK, **2009 Yılı Faaliyet Raporu**, Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No: 14, Ankara, 2010.

T.C. YÖK – T.C. SB – T.C. BAŞBAKANLIK DPT MÜSTEŞARLIĞI, **Türkiye’ de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu**, YÖK Yayın No: 2010/1, Ankara, 2010.

YILDIRIM Demet Hayali, “Hizmet Kalite Standartları ve Etkileri, **T.C. SB Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı**, ed. Harun Kırılmaz, C.3, 1. b., T.C. SB Yayın No: 772-3, Ankara, 2009, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar_yeni/1_kongre_cilt3.pdf, (25.01.2013).

YILDIRIM Savaş, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Uzmanlık Tezi, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları No. 2350, Ankara, 1994.

Sürelili yayınlar

AKSOY Ramazan, “Zonguldak’ta Ayakta Tedavi Tüketicilerinin Sağlık Hizmeti Kalite Değerlemesi”, **Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, C. 1, S. 1, 2005, ss. 91-104.

AKTÜRK Zekeriya v.dğr., “Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor: EUROPEP Ölçeği”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C. 16, 2002, ss. 153-160.

ALPER Yusuf, “GSS: Temel Esaslar ve Yenilikler”, **ASOMEDYA**, 2007, ss. 60-68.

- ALPER Yusuf, “Sosyal Güvenlik Reformunun İkinci Yılına Girerken Genel Sağlık Sigortası: Sağlanan Gelişmeler ve Sorunlar”, **MERCEK**, Yıl 15, S. 57, 2010, ss. 70-86.
- ASLANTEKİN Filiz v.dğr., “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr.Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği”, **Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi**, C. 2, S. 6, 2007, ss. 55-71.
- BELEK Osman – Emin Baki ADAŞ, “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, C.12, S.1, 2009, ss. 33-43.
- BOSTAN Sedat, “Genel Sağlık Sigortasının Öngördüğü Değişimin Kamu Hastanelerine Yönelik Riskleri”, **Sağlık Hakkı Dergisi**, S. 2, 2007, www.haksay.org/files/sedat01.doc, (13.03.2011), ss. 52-53.
- ÇELİKKALP Ülfıye v.dğr., “Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti”, **Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi**, C.6, S.17, 2011, ss. 1-14.
- DERYAL Yahya, “Özel Sağlık İşletmelerinde Hastanın Aydınlatılması ve Rızasının Alınması”, **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C.3, S.2, 2006, ss. 101-147.
- ERCAN İlker – Bülent EDİZ – İsmet KAN, “Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut için Geliştirilen Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek”, **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C. 30, S. 3, 2004, ss. 151-157.
- ERDEM Ramazan v.dğr., “Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi”, **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, S. 31, 2008, ss. 95-110.
- FİLİZ Zeynep, “Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesi ve Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama”, **Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar**, Yıl 46, S. 538, 2009, ss.75-86.
- GÜDEN Emel – Akmet ÖKSÜZKAYA – Kadir ÇETİNKARA, “Kayseri İli Kamu Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Standartlarının Değerlendirilmesi”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Yıl 1, S. 2, 2010, ss. 144-166.
- GÜLTER Ömer, “Eski GSS Genel Müdürü Sami Türkoğlu Röportajı”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl 1, S. 3, 2009, ss. 20-21.
- İŞNAS Cevdet - Mehtap TATAR, “Doktor Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 5, S.3, 2000, 147-159.
- KARABULUT Kerem – Şükrü YAPRAKLI, “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi: Erzurum’da Bir Uygulama”, **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, C. 15, S. 1-2, 2001, <http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/IIBD/article/viewFile/3512/3342>, (31.01.2011), ss.117-130.

- KIDAK Levent B. – Mehmet AKSARAYLI, “Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C. 10, S. 3, 2008, ss. 87-122.
- KUMCAĞIZ Hatice – Teslime KARABULUT DOYURGAN – Zafer MALAZGİRT, “Özel ve Normal Hasta Odalarında Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması”, **Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi**, C. 29, S. 4, 2012, ss. 296-303.
- ÖNSÜZ Muhammed Fatih v.dğr., “İstanbul’ da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi”, **Marmara Medical Journal**, S. 21, C. 1, 2008, ss. 33-49.
- ÖZDEMİR Erkan – Serkan KILIÇ – Z.Berna AYDIN, “Sosyal Güvenlik Reformu Sonrası Tüketici Olarak Hastaların Hastane Seçimi: Pazarlama Açısından Bir Alan Araştırması”, **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C. 19, S. 1, 2010, ss. 1-27.
- ÖZER Ali, “Sağlık Hizmeti Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler”, **Tıp Araştırmaları Dergisi**, C.5, S.3, 2007, ss. 140-143.
- PEKTEN Ali, “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, **Sayıştay Dergisi**, S. 61, 2006, ss. 119-138.
- T.C. SGK, “Sağlıkta Dönüşüm”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl 1, S. 3, 2009, ss. 13-14.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver, “Hasta Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması”, **Gazi Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, S. 1, 2001, ss. 85-97.
- TOP Mehmet v.dğr., “Hastane Sektöründe Yatan Hastaların Hasta Tatmini ve Hastane Kalitesi Algılamalarının Değerlendirilmesi: İzmir İli Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Örneği”, **Akademik Bakış Dergisi**, S. 22, 2010, <http://www.akademikbakis.org/22/09.pdf>, (09.05.2011), ss. 1-29.
- TURANLI Münevver – Özlem Deniz BAŞAR, “Sağlıkta Dönüşüm Uygulaması Sonrası Hastane Tercihlerindeki Değişimin İncelenmesi”, **Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, C.13, S.1, 2011, ss. 95-105.
- YAĞCI Mehmet İsmail – Teoman DUMAN, “Hizmet Kalitesi – Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması”, **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, C. 7, S. 2, 2006, ss. 218-238.
- YILDIRIM Kansu, “Özel Sağlık Sektörünün Parametreleri”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, C. 26, S., 2, 2011, ss. 135-150.
- YILMAZ Meryem, “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. 5, S. 2, 2001, ss. 69-74.

YİĞİT Vahit – İsmail Ağırbaş, “Hastane İşletmelerinde Kapasite Kullanım Oranının Maliyetlere Etkisi: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi’nde Bir Uygulama”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 7, S. 2, 2004, ss. 141-162.

ZAIM Halil – Mehveş TARIM, “Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması”, **Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**, S. 59, C. 2, 2010, ss. 1-24.

ZERENLER Muammer – Adem ÖĞÜT, “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, S. 18, Konya, http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/makaleler/Muammer%20ZERENLER%20-%20Adem%20%C3%96%C4%9E%C3%9CT/ZERENLER,%20MUAMMER%20VD..pdf, (20.01.2011), ss. 501-519.

Diğer kaynaklar

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmi Gazete Tarih:12.01.1961, S. 10705, 1961, md. 2.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Resmi Gazete Tarih: 16.06.2006, S. 26200, 2006, md. 3-63.

AKÇAY Mustafa, Türkiye’de Özel Hastanelerin Sunmuş Olduğu Hizmetlere Pazarlama Bakış Açısı, Stratejik Pazarlama ve Marka Yönetimi Yüksek Lisans Programı Uzmanlık Projesi, T.C. Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2011, ss. 31-32.

AYDIN Sabahattin, “Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri”, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/kalite_gvenlik.pdf, (31.01.2011), ss. 1-9.

BOSTAN Sedat, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi”, <http://www.haksay.org/?q=node/111>, (01.06.2011), ss. 1-10.

BÜYÜKSAVAŞ Aslıhan, Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları ve Çözüm Önerileri: Isparta ve Antalya Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Isparta, 2010, ss. 1-138.

DEVEBAKAN Nevzat, “Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü”, <http://www.kalder.org.tr/%5CGenel%5Cdownload%5C/SAGLIK%20ISLETMELE RINDE%20AHK%20VE%20OLCUMU.pdf>, (25.01.2013), 2005, ss. 1-62.

HAYRAN Osman – Hulki UZ, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, <http://www.merih.net/m1/whulkuz11.htm>, (31.01.2011), s. 1-19.

http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf, (19.08.2011), p. 100.

http://www.saglikaktuel.com/file/ozel_hastane_ile_vakif_universite_hastanelerinin_puanlan_dirilma_listesi.pdf, (25.01.2013), ss. 1-6.

ÖZLÜ Zeynep Karaman, Erzurum İlinde Farklı Hastanelerdeki Cerrahi Kliniklerde Yatmış Olan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, 2006, ss. 1-60.

PAKDİL Fatma, “Konur Hastanesi’ nde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti”, <http://www.merih.net/m1/wfatpak01.htm>, (28.02.2011), ss. 1-8.

SEVİMLİ Sedef, Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2006, ss. 1-109.

ŞAHİN Ümit, “Hastane İşletmeciliğinde Kalite Hasta Tatmini ve İşgören Tatmini Paradigması”, www.umitsahin.com, (04.09.2012), ss. 1-8.

T.C. BAŞBAKANLIK DPT, “9. Kalkınma Planı 2010 Yılı Programı”, <http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/View/7829/Prog2010.pdf>, (10.12.2012), ss. 1-270.

T.C. BAŞBAKANLIK DPT, “9. Kalkınma Planı 2011 Yılı Programı”, http://www.xn--kalknma-ufb.gov.tr/DocObjects/View/10044/PROGRAM_2011_BakanlarKK-26112010.pdf, (10.12.2012), ss. 1-291.

T.C. KALKINMA BAKANLIĞI, “9. Kalkınma Planı 2012 Yılı Programı”, http://www.xn--kalknma-ufb.gov.tr/DocObjects/View/13490/2012PROGRAM_BKK_30102011.-pdf, (10.12.2012), ss. 1-296.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, “Hizmet Kalite Standartları (HKS) Merkezi Değerlendirme”, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=440>, (07.12.2012).

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, “Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi 2012”, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/03_ocak_2012/0501memnuniyet_anketleri_uygulama_rehberi_2012.pdf, (05.08.2012), ss. 1-8.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, “Özel Hastaneler”, <http://www.saglikturizmi.gov.tr/18-ozel-hastaneler.html>, (22.08.2012).

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, “Türkiye’de Aile Hekimliği”, http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213, (08.12.2011).

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, “Uluslararası Sağlık Göstergeleri ve Tanımları”, [sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik\(14\).pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(14).pdf), (07.12.2012), ss. 1-177.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, Özel Hastaneler Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 27.03.2002, S. 24708, 2002, md. 5-7.

- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, "Memnuniyet Anketleri", Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=551&newsPage=8> , (21.6.2011).
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, "Genel Sağlık Sigortası Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemeleri İçin Altyapı Geliştirme Çalışması", Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı, http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/kalite/E433_costing_process_s_son.pdf, (22.06.2012), s. 14, ss. 1-170.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 13.01.1983, S. 17927, 2005, md. 4; 48.
- T.C. SGK, "Sigortalılık/İşveren Prim Oranları", www.sgk.gov.tr, (08.11.2011).
- T.C. SGK, Sağlık Göstergeleri 2008 - 2010, ss. 5-7.
- T.C. TÜİK, Sağlık Harcama İstatistikleri 2004-2007 Sonuçları, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1....., (30.4.2011).
- T.C. TÜİK, Sağlık Harcama İstatistikleri 2008, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1....., (30.4.2011).
- T.C. TÜİK, Yaşam Memnuniyet Araştırması 2011, http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=15, (10.01.2013).
- TEMEL Türkan, "Türkiye'de Özel Hastaneler Sektör Profili", İstanbul Ticaret Odası, www.ito.org.tr/Dokuman/Sektor/1-71.pdf, (18.06.2012), 2003, ss. 1-25.
- TÜRKÖZ Yeşim, "Hasta Tatmini Ölçüm ve İyileştirilmesinde Entegre Bir Sistem Örneği", <http://www.merih.net/m1/wyturk03.htm> (28.02.2011), ss. 1-7.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	Sümeyye ÖZMEN
Doğum Yeri ve Yılı	Gemlik – 30.07.1980
Yabancı Dil Bilgisi / Dil	İngilizce
Düzeyi	İyi

Eğitim Durumu	Başlama – Bitirme Yılı	Kurum Adı
Lise	1993 – 1996	Gemlik İmam Hatip Lisesi
Lisans	1997 – 2003	Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi
Yüksek Lisans	2008 -	Uludağ Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri

Çalıştığı Kurumlar	Başlama – Ayrılma Yılı	Kurum Adı
	2002 – 2003	Türkiye Klinikleri Yayınevi
	2005 – 2010	Özel Bahar Hastanesi

Kabul Edilen Bildirileri

- Sümeyye ÖZMEN, Oğuz BAŞOL, Serpil AYTAÇ, Sağlık Sektöründe Çalışan Personelin Bel Ağrısı Prevalansının Saptanması, 15. Ergonomi Kongresi, 22 – 24 Ekim 2009, Konya.
- Sümeyye Özmen, Oğuz Başol, Hasta Güvenliği Kültürü: Bursa’ da Özel Bir Hastane Uygulama Örneği, T.C. Sağlık Bakanlığı II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 28 Nisan – 1 Mayıs 2010, Antalya.

Katıldığı Yurtiçi Bilimsel Toplantı ve Kongreler

- **Sağlık Yönetiminde “GELECEK” Zirvesi, İstanbul, 30 – 31 Ocak 2010.**
- **15. Ulusal Ergonomi Kongresi, Konya, 22 – 24 Kasım 2009.**

Aldığı Sertifikalar ve Belgeler

- **Kuruluş İçi Kalite Denetçisi Sertifikası, KARİHA Danışmanlık, Bursa, 20-21 Kasım 2007.**
- **Satın Alma Yönetimi Sertifikası, BUGİAD, Bursa, 29 Mart 2008.**
- **İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi, EKOÇED Çevre Danışmanlık ve Mühendislik Hizmetleri, Bursa, 20 Aralık 2008.**

Diğer

- **Temel Fotoğraf Eğitimi Sertifikası, BUFSAD, Bursa, 2 Temmuz – 6 Ağustos 2009.**

İletişim (e-posta)

sumeyyeozmen@gmail.com

Tarih

İmza

Sümeyye ÖZMEN