

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANA BİLİM DALI

**“AVRUPA BİRLİĞİ UYUM SÜRECİNDE TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA
DÖNÜŞÜM PROGRAMININ HASTALAR TARAFINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA İLİ ÖZEL İKİ HASTANE
UYGULAMASI”**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Ramazan ERACAR

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seyit Mümin CİLASUN

Ankara – 2013

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANA BİLİM DALI

**“AVRUPA BİRLİĞİ UYUM SÜRECİNDE TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA
DÖNÜŞÜM PROGRAMININ HASTALAR TARAFINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA İLİ ÖZEL İKİ HASTANE
UYGULAMASI”**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Ramazan ERACAR

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seyit Mümin CİLASUN

Ankara – 2013

ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

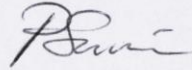
Ramazan ERACAR tarafından hazırlanan “Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi: Ankara İli Özel İki Hastane Uygulaması” başlıklı bu çalışma 04.01.2013 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Mete TÖRÜNER (Başkan)

Yrd. Doç. Dr. Seyit Münir CİLASUN (Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Pelin ÖZGEN (Üye)



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Öğrenimim boyunca bizden desteğini esirgemeyen Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü değerli hocamız Doç. Dr. Mete TÖRÜNER'e ve tez çalışmam süresince ilgisini ve desteğini esirgemeyen Danışman Hocam Yrd. Doç. Dr. Seyit Mümin CİLASUN'a, Yrd Doç. Dr. Pelin ÖZGEN'E, birbirinden değerli hocalarıma ve arkadaşlarımdan Av. Ayşegül KARACA DEDEOĞLU'na, Çiğdem TOPRAK'a, Aysel İÇTEN'e, Dr. Halil İbrahim AYDIN'a şükranlarımı sunarken çalışmam süresince beni destekleyen değerli eşim Gülüzar ERACAR ve çocuklarım Ayşe İlayda ve Salih Eren'e teşekkürlerimi sunmayı da bir borç bilirim.

Ramazan ERACAR

2013, Ankara

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR LİSTESİ	iii
TABLolar LİSTESİ	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	v
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

AVRUPA VE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL GELİŞİMİ

1.1. AVRUPA BİRLİĞİ ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI	4
1.1.1. Avrupa Birliği Sağlık ve Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış	4
1.1.2. Avrupa Birliği Sağlık ve Sağlık Politikalarının Amaçları	4
1.1.2.1. Avrupa Birliği ile Sağlık Alanındaki Uzun Süreli Amaçları	5
1.1.2.2.1. Sağlık Hizmetlerine Erişilebilir Olma.....	6
1.1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimliliğin Artırılması.....	6
1.1.2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Finansal Kaynakların Devamlılığı.....	7
1.1.3. Avrupa Birliği Sağlık ve Sağlık Politikalarının Temel İlkeleri	7
1.1.3.1. İhtiyatlılık İlkesi	8
1.1.3.2. Yetkilendirme	8
1.1.3.3. Birlikte Hareket Etme.....	9
1.1.3.4. Açık Koordinasyon Yöntemi	9
1.1.3.5. Avrupa Katma Değeri	9
1.2. AVRUPA BİRLİĞİ UYUM SÜRECİNDE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ	10
1.2.1. Türkiye'deki Sağlık Politikalarının Tarihsel Olarak Gelişimi ve Uygulanması.....	10
1.2.1.1. 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları.....	11

1.2.1.2. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları.....	12
1.2.1.3. 1961-1980 Dönemi Sağlık Politikaları.....	13
1.2.1.4. 1980'den Günümüze Gerçekleştirilen Sağlık Politikaları.....	14

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE UYGULANMASI

2.1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (SDP).....	16
2.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ AMAÇLARI VE İLKELERİ	16
2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye İçin Tercih Nedeni Olması	16
2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hedefleri	18
2.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Unsurları	19
2.2.3.1. Sağlık Bakanlığı ve Görevleri	20
2.2.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının En Önemli Amacı; Genel Sağlık Sigortası(GSS).....	20
2.2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Ulaştırılması.....	22
2.2.3.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Ulaşılabilirliği.....	22
2.2.3.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Ulaşılabilirliği.....	23
2.2.3.4. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Aile Hekimliği Uygulaması	27
2.2.3.5. Hekim Seçme Hakkı ve Sağlık Kuruluşuna Ulaşımın Kolaylığı	28
2.2.3.6. Kamu-Özel Ortaklığı ve Sağlık İşletmelerinin Durumu	28
2.2.3.7. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunun Eğitimli ve Tecrübeli Çalışanlar Tarafından Yürütülmesi.....	29
2.2.3.8. Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulanmasında Rolü Olan Eğitim Kurumları ve Gerekliliği	30
2.2.3.9. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Birlikte Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalitenin Sağlanması.....	31
2.2.3.10. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Gereksiz Tıbbi Malzeme ve İlaç Kullanımının Engellenmesi.....	31

2.2.3.11. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hastane Bilgi Sistemlerinin Oluşması ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunun Kolaylaşması.....	32
2.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI REFORMLARININ UYGULANMASI VE ORTAYA ÇIKAN SONUÇLAR	33
2.3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI REFORMLARI	35
2.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI İLE YAPILAN TÜM ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE PROGRAMA DAİR ELEŞTİRİLER	38

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE HASTA MEMNUNİYETİ

3.1. MEMNUNİYET KAVRAMI.....	41
3.1.1. Hasta Memnuniyeti Nedir?	41
3.1.2. Hastaların Algıladığı ve Beklediği Kalite Anlayışı.....	41
3.1.3. Hasta Memnuniyeti ile Kalite Arasındaki İlişki.....	42
3.1.4. Hasta Memnuniyetini Oluşturan Durumlar ve Memnuniyetin Karşılama Süreci	43
3.1.4.1. Hasta İle İlgili Memnuniyet Durumları.....	44
3.1.4.2. Hizmeti Sunan Sağlık Personelini İlgilendiren Durumlar.....	45
3.1.4.3. Çevre Şartlarına ve Sağlık Kurumlarına Bağlı Durumlar	45
3.2. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖLÇÜLMESİ VE UYGULANAN YÖNTEMLER	46
3.2.1. SERVQUAL Modeli	47
3.2.2. SERPERF Modeli	52
3.2.3. Kalite Fonksiyon Göçerimi Modeli	52

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE TARTIŞMA

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	54
4.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE UYGULANMASI.....	54
4.2.1. Verilerin Analizi	58

4.2.2. Anketlerin Geçerliliği ve Güvenilirliğinin Analizi.....	58
4.3. ARAŞTIRMANIN BULGULARI	59
4.4. HASTALARIN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ	79
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	107
KAYNAKÇA.....	112
EKLER.....	117
EK – 1. ÖRNEK ANKET FORMU	117
ÖZET.....	121
ABSTRACT.....	123

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BİMER	: Başbakanlık İletişim Merkezi
ES	: Emekli Sandığı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
KDV	: Katma Değer Vergisi
KFG	: Kalite Fonksiyon Göçerimi
MERNİS	: Merkezi Nüfus İdare Sistemi
MHRS	: Merkezi Hastane Randevu Sistemi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SBN	: Sağlıkta Buluşma Noktası
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGB	: T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SPPS	: Statistical Package For The Social Science
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: 1980 Sonrası Uygulanması Planlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı Projeleri.....	15
Tablo 2: Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve Hedeflerinin Tablo ile Gösterilmesi	19
Tablo 3: Türkiye’de Hastane ve Yatak Sayıları: 2002-2008 Dönemi Yüzdeler (%) Değişim	25
Tablo 4: Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	59
Tablo 5: Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılımı	60
Tablo 6: Ankete Katılanların Medeni Duruma Göre Dağılımı.....	61
Tablo 7: Ankete Katılanların Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımı	61
Tablo 8: Ankete Katılanların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı	62
Tablo 9: Genellikle Tercih Edilen Hastane Türüne Göre Dağılımı.....	63
Tablo 10: Sürekli Tedavi Gerektiren Hastalığı Olanlara İlişkin Dağılımı	64
Tablo 11: 2002’den Sonra SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur’un Tek Çatı Altında Birleşmesinde, Hastaların Durumla İlgili Görüşlerine İlişkin Dağılımı.....	65
Tablo 12: 2002’den Sonra Hastaların Tüm Hastanelere Gidebilme Durumuyla İlgili Görüşlerine İlişkin Dağılımı.....	66
Tablo 13: Yeşil Kartlı Hastaların İlaçlarının Devlet Tarafından Ödenmesi Durumuyla İlgili Görüşlerine İlişkin Dağılımı.....	67
Tablo 14: 2002’den Sonra SSK ve Bağ-Kur’lu Hastaların İlaçlarının Hastane Dışında Eczanelerden Alınması Hususundaki Görüşlere İlişkin Dağılımı	68
Tablo 15: 2002’den Sonra Hastaların Sahip Oldukları Hekim Seçme Hakkına İlişkin Görüşleriyle Alakalı Dağılımı	69
Tablo 16: Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin, Muayenehanelerinin Kapatılıp, Tam Zamanlı Çalışmasına İlişkin, Hasta Görüşleriyle Alakalı Dağılımı	70
Tablo 17: Aile Hekimliğine Geçilmesine İlişkin, Hastaların Görüşleriyle Alakalı Dağılımı	71

Tablo 18: 2002'den Sonra Hastaların Hastaneye ve İlaça Kolay Erişim Hususuna İlişkin Dağılımı	72
Tablo 19: Hastaların Hastaneye ve İlaça Ödenen Katkı Payı Hususuna İlişkin Dağılımı.....	73
Tablo 20: 2002'den Sonra Hastalara; Hekimlerin ve Sağlık Çalışanlarının Daha Güler Yüzlü Olması Hususuna İlişkin Dağılımı	74
Tablo 21: 2002'den Sonra Hastalara Uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hayata Geçen Sağlıkla İlgili Yenilikleri Başarılı Bulup Bulmadıklarına İlişkin Dağılımı	75
Tablo 22: 2002'den Sonra Hastaların Sevk Kâğıtsız, Sadece T.C. Numarası ile Hastane Hizmeti Alabiliyor Olması Hususuna İlişkin Memnuniyet Dağılımı	76
Tablo 23: Hastaneye Gidemeyecek Durumda Olan Yatağa Bağımlı Hastalara Verilen Evde Sağlık Hizmetlerine İlişkin Hasta Görüşlerine Dair Memnuniyet Dağılımı	77
Tablo 24: Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Unsurlarından Olan Genel Sağlık Sigortası ile İlgili Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Dağılımı.....	78
Tablo 25: Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Unsurlarından Olan Özerk Hastaneler ile İlgili Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Dağılımı.....	78
Tablo 26: Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Unsurlarından Olan Aile Hekimliği Hizmeti ile İlgili Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Dağılımı.....	79
Tablo 27: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Cinsiyet Değişkenleri Arasındaki İlişki	80
Tablo 28: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Cinsiyet Değişkenleri Arasındaki İlişki Analizi.....	80
Tablo 29: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Yaş Değişkenleri Arasındaki İlişki	81
Tablo 30: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Yaş Değişkenleri Arasındaki İlişki Analizi	82

Tablo 31: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Medeni Durum Değişkenleri Arasındaki İlişki	83
Tablo 32: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Medeni Durum Değişkenleri Arasındaki İlişki Analizi.....	83
Tablo 33: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Aylık Gelir Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	84
Tablo 34: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Aylık Gelir Değişkenleri Arasındaki İlişki Analizi	85
Tablo 35: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Kronik Hastalıklar Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	86
Tablo 36: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Kronik Hastalıklar Değişkenleri Arasındaki İlişki Analizi	86
Tablo 37: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kurun Tek Çatı Altında Birleşmesi Kriterleri Arasındaki İlişki.....	88
Tablo 38: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kurun Tek Çatı Altında Birleşmesi Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi	88
Tablo 39: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Tüm Hastanelere Gidebilme Kriterleri Arasındaki İlişki.....	90
Tablo 40: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Tüm Hastanelere Gidebilme Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi	90
Tablo 41: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Yeşil Kartlı Hastaların İlaçlarının Devlet Tarafından Ödenmesin Kriterleri Arasındaki İlişki.....	91
Tablo 42: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Yeşil Kartlı Hastaların İlaçlarının Devlet Tarafından Ödenmesi Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi	92
Tablo 43: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile SSK’lı ve Bağ-Kurlu Hastaların Hastane Dışında Eczaneden İlaç Alabilmeleri Kriterleri Arasındaki İlişki	93

Tablo 44: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile SSK'lı ve Bağ-Kurlu Hastaların Hastane Dışında Eczaneden İlaç Alabilmeleri Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi.....	93
Tablo 45: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile 2002'den Sonra Hastaların Hekim Seçme Hakkı Kriterleri Arasındaki İlişki.....	94
Tablo 46: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile 2002'den Sonra Hastaların Hekim Seçme Hakkı Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi	95
Tablo 47: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin Muayenehanelerinin Kapatılıp Tam Zamanlı Çalışması Kriteri Arasındaki İlişki	96
Tablo 48: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin Muayenehanelerinin Kapatılıp Tam Zamanlı Çalışması Kriteri Arasındaki İlişki Analizi	96
Tablo 49: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Aile Hekimliğine Geçilmesi Kriteri Arasındaki İlişki.....	97
Tablo 50: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Aile Hekimliğine Geçilmesi Kriteri Arasındaki İlişki Analizi	98
Tablo 51: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Hastaneye ve İlaça Daha Kolay Erişilebilmesi Kriteri Arasındaki İlişki	99
Tablo 52: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Hastaneye ve İlaça Daha Kolay Erişilebilmesi Kriteri Arasındaki İlişki	99
Tablo 53: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Hastaneye ve İlaça Ödenen Katkı Payı Kriteri Arasındaki İlişki	100

Tablo 54: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Hastaneye ve İlaça Ödenen Katkı Payı Kriteri Arasındaki İlişki Analizi.....	101
Tablo 55: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sağlık Çalışanlarının Hastalara Daha Güler Yüzlü Davranmaları Kriteri Arasındaki İlişki	102
Tablo 56: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sağlık Çalışanlarının Hastalara Daha Güler Yüzlü Davranmaları Kriteri Arasındaki İlişki Analizi.....	102
Tablo 57: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sadece T.C. Numarası ile Hastane Hizmeti Alınabilmesi Kriterleri Arasındaki İlişki	103
Tablo 58: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sadece T.C. Numarası ile Hastane Hizmeti Alınabilmesi Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi	104
Tablo 59: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sürekli Tedavi Gerektiren Hastaneye Gidemeyecek Olan Yatağa Bağımlı Hastalara Verilen Evde Sağlık Hizmeti Kriterleri Arasındaki İlişki.....	105
Tablo 60: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sürekli Tedavi Gerektiren Hastaneye Gidemeyecek Olan Yatağa Bağımlı Hastalara Verilen Evde Sağlık Hizmeti Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi	105

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hastane Sayılarının Yüzdelerik Dağılımı: 2002 ile 2008	25
Şekil 2: Hastanelerin Yatak Sayılarının Yüzdelerik Dağılımı: 2002 ile 2008.....	26
Şekil 3: Muayene Sayılarının İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarına Göre Yüzdelerik Dağılımı: 2002 ile 2008.....	26
Şekil 4: Hasta Beklentilerinin Oluşması ve Karşılanma Süreci.....	43

GİRİŞ

Son dönemlerde Dünya’da ve Türkiye’de tıp teknolojisinin gelişmesi, ileri düzeyde tedavi yöntemlerin uygulanması gibi sağlık alanındaki gelişmeler neticesinde bireylerin sağlık talepleri ve beklentileri gelişmiştir. Yüksek maliyetli tıp teknolojisi ile birlikte artan sağlık talepleri sağlık maliyetlerinin artmasına yol açmıştır

Bu artış neticesinde sağlık alanında finansal sorunların yaşanması sebebiyle sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansal yapısı için kamusal tedbir alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Artan sağlık maliyetlerinin kim tarafından, ne ölçüde karşılanması gerektiği sorunu doktrinde ve hükümet politikalarında önemli bir sorun olarak tartışılmıştır.

Sağlık hizmetleri için en önemli finansman sağlayıcı zorunlu sağlık sigortasından elde edilen prim gelirdir. Bireylerin sigortalarından tahsil edilen sağlık primi hastalar için yüksek maliyetli sağlık harcaması riskini minimum düzeye indirmiş olmaktadır. Böylelikle zorunlu sağlık sigortası ile hem devlet sürekli gelir elde etmekte hem de bireyler kendilerini sağlık hizmetlerine istedikleri zaman maliyetsiz ya da düşük maliyetle ulaşmaktadır.

Hiçbir geliri olmayan ve sağlık primini yatıramayan bireylerin sağlık hizmetlerinden bedelsiz faydalanması sorunu karşısında ülkeler farklı politikalar geliştirmiştir. Avrupa Birliği ülkelerinde öne çıkan politika; sağlığın temel bir hak olduğu ve devletin sağlık hizmetlerini sunmasının temel görevlerinden biri olduğudur. Sağlık hizmetleri toplum içindeki vatandaşların sağlıklarını korumak ve yaşam standartlarını huzurlu bir şekilde devam ettirmelerini amaç edinen tüm faaliyetler olup, sağlık harcamaları için ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmet bedelleri ise devlet tarafından karşılanmaktadır.

Türkiye’de 2002 yılında iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi iktidarı sağlık alanında istediği tüm reformları gerçekleştirmek için 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında önemli bir adım atmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının en köklü adımı 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanununun yürürlüğe girmesiyle atılmıştır. Bu kanun ile sosyal güvence kapsamındaki sigorta sistemleri tek bir çatı altında yani Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde toplanmıştır. Toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerinden faydalandırılması amacını taşıyan bu sistem ile herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar da bu sistem içerisine dâhil edilmiş olup sosyal güvencesi olmayanların sağlık harcamaları da devlet tarafından karşılanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Sosyal Sigortalar Kurumuna ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiş olup sağlık güvencesi ne olursa olsun her bireyin her türlü hastaneden hizmet alımının önü açılmıştır. Özel Hastaneler ile Sosyal Güvenlik Kurumu arasında yapılan protokoller ile sağlıkta hizmet alımı gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sisteminde meydana gelen reformların hastalar tarafından nasıl algılandığı ve hasta memnuniyet düzeyleri Ankara İlinde Özel İki Hastane ile sınırlanarak araştırılmıştır. Özel iki hastanede tedavi gören 350 hasta ile yüz yüze görüşülerek anket çalışması yapılmış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan yeniliklerden önemli olanlarının içinde yeniliklerle ilgili değişikliklerden memnun olup olmadıkları araştırılmıştır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde Avrupa ve Türkiye’deki sağlık politikalarının tarihsel gelişimi ile Avrupa’daki sağlık politikaları, Türkiye’deki sağlık sistemi ve sağlık politikaları incelenmiştir. İkinci bölümünde Türkiye’de Sağlık Dönüşüm Programı ve uygulanması; üçüncü bölümde yapılan bu köklü reformların hastalar tarafından ne ölçüde memnuniyetle karşılandığı ve memnuniyet düzeyleri, son bölüm de ise yapılan anket çalışmasının analizi yapılmış sonuç ve bulgular değerlendirilmiş, öneriler tartışılmıştır.

Çalışma sonucuna bakıldığında Sağlık Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı sistemi içerisindeki yenilikleri değerlendiren hastalar bu programdan genel olarak memnun oldukları görülmüştür. Memnuniyet düzeyi olarak hastalar çok memnun demelerine karşın sağlıkta dönüşüm programındaki yeniliklerden muayene katkı payları, Aile hekimliği hizmetleri, ödemek zorunda kaldıkları ilaç katkı paylarından dolayı memnun olmadıklarını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak bu çalışmadan hastaların sağlıkta dönüşüm programından hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemeyi amaçlamıştır. Bu çalışmada belirlenen eksikliklerin Sağlık Bakanlığı tarafından değerlendirilerek faydalanması arzu edilmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

AVRUPA VE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARININ

TARİHSEL GELİŞİMİ

1.1. AVRUPA BİRLİĞİ ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI

1.1.1. Avrupa Birliği Sağlık Ve Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış

Avrupa Birliği; Batı Avrupa'da bulunan altı ülkenin ekonomilerini korumaları ve geliştirmeleri amacı ile kurulmuş bir birliktir. İlerleyen süreç içerisinde Avrupa Birliği (AB) kendine ait politikalarını da meydana getirmiştir. Kendine ait bayrağının, para biriminin oluşturulmasının yanı sıra ortak politikalar ve yasalar da geliştirmiştir (Yıldırım, 2011: 75).

Avrupa Birliği birlik üyesi ülkelerinin sağlık politikalarının oluşmasına etki etmiştir. Avrupa Gıda Otoritesinin kurulması, hastalıkların önlenmesi, Avrupa Merkezi'nin kurulması aşamasında öncülük ettiği söylenebilir. Avrupa Birliği'nin bu girişimleri ulusal düzeyde gerçekleşmektedir. Bu nedenlerden dolayı Avrupa Birliği'nin sağlık politikalarını geliştirme göstergesi olduğu söylenebilir (Yıldırım, 2011: 75).

Avrupa Birliği'nde resmi olarak sağlık politikaları mevzuat hükümleri çerçevesinde ele alınmıştır. Bu da sağlık politikalarının gelişmesinde büyük katkı sağlamıştır.

1.1.2. Avrupa Birliği Sağlık ve Sağlık Politikalarının Amaçları

Avrupa Birliği sağlık politikalarının en önemli amacı; Sağlık sisteminin devamlılığının sağlanması finansal kaynak eksikliği gösterilerek sağlık hizmetlerinin kesintiye uğratılmaması ve bunun için garanti verebilmesidir (Yıldırım, 2011: 78).

Sağlık Politikalarının amaçları şu şekilde sıralanabilir;

Avrupa katma değeri yaratmak.

Ölçek ekonomisi oluşturmak.

Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin sağlık politikalarında önemli görevlerde bulunmak.

Avrupa'daki insanların sağlıkla ilgili bilgilerini yüksek tutmak.

Avrupa Birliği için siyasi yönden gerekli olan Avrupa Birleşik Devletleri oluşumu için katkı sağlamak olarak belirtilebilir (Yıldırım, 2011: 79).

Bu amaçlar doğrultusunda Avrupa Birliği ile aynı doğrultuda olan ülkelerin ulaşılır, devamlılığı sağlanabilir, kaliteli ve verimli hizmet üreten sağlık sistemlerine sahip olmak istemeleri açığa çıkmaktadır (Yıldırım, 2011: 79).

Avrupa Birliği'nin sağlık politikalarına ilişkin genel amaçları arasında koruyucu sağlık hizmetlerinden sayılan halk sağlığının geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve insan sağlığını tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması sayılabilir. Buradan da anlaşılacağı üzere hastalıkların ortaya çıkmadan önlenmesi ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasının engellenmesi sağlık harcama maliyetlerini azaltmakta ve kaynakların daha verimli kullanılmasına yol açmaktadır.

1.1.2.1. Avrupa Birliği ile Sağlık Alanındaki Uzun Süreli Amaçları

Avrupa Birliği'nin sağlıkla ilgili uzun süreli üç amacı bulunmaktadır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir;

Sağlık hizmetlerine herkesin eşit düzeyde erişilebilir olması,

Sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin artırılması

Sağlık hizmetlerinde finansal kaynakların devamlılığıdır (Yıldırım, 2011: 80).

Bunları tek tek inceleyecek olursak,

1.1.2.2.1. Sağlık Hizmetlerine Erişilebilir Olma

Sağlık hizmetlerine toplumun her kesiminden insanların ekonomik gücüne bakmaksızın erişebilmesi ve tüm tedavi hizmetlerinden eşit şekilde faydalanması en önemli unsurlardandır. Daha iyi tedavi için yüksek maliyet gerektiren yeni teknoloji tıbbi ürünler kullanılması ile daha kaliteli sağlık hizmeti sunulması ise hedefler arasındadır (Yıldırım, 2011: 80).

Sağlık, bir hak olup herkesin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi zorunludur. Devlet vatandaşın ekonomik gücüne göre bazı sağlık hizmetlerinden faydalanıp bazılarında faydalanmamasının önündeki engelleri kaldırmakla yükümlüdür.

1.1.2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimliliğin Artırılması

Verilen sağlık hizmetlerinin en iyi standart ve kalitede vatandaşlara sağlanmasıdır. Kaliteli sağlık hizmeti ile sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve sağlık hizmetlerinin sağladığı yararlar arasında dengelerin kurulması amaçlanan hedefler arasındadır. Diğer taraftan kamu sağlığı için öngörülen amaçlara erişebilme noktası ile hizmette kalite ve verimlilik artışı sağlanabilir (Yıldırım, 2011: 81).

Sağlık hizmetlerinin modern tıp standartlarına göre verilmesi maliyetleri kısa dönemde arttırmasına karşılık uzun dönemde maliyetleri azaltmaktadır. Çünkü kalitesiz verilen sağlık hizmetleri başka sağlık sorunlarına yol açacak ve bu da uzun dönemde daha fazla sağlık harcamasına neden olacaktır. Özetle kaliteli ve modern tıp

standartlarına uygun sağlık hizmeti vermek kaynakların etkili ve verimli kullanılması açısından önemlidir.

1.1.2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Finansal Kaynakların Devamlılığı

Devletin; bireylerin ve toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak için üstlenmiş olduğu kamusal görevleri; uzun süreli ve kesintisiz bir şekilde sahip olduğu ekonomik kıt kaynaklarla en etkili ve verimli olarak kullanabilmesinin en etkili yolunun örgütsel bir sistem ile yönetildiğinde mümkün olabileceği söylenebilir (Yıldırım, 2011: 81).

Ekonomik kaynaklar hem toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi, hem de sağlıktaki teknik gelişme ve araştırmalarla birlikte kaliteli sağlık hizmeti için gerekli ve zorunludur.

Sağlık Politikalarının Sağlık Bakanlığı tarafından planlanması ve serbest piyasa koşullarına teslim edilmemesinin sebebi de budur. Serbest piyasa koşullarına bırakılan sağlık hizmetleri örgütsel bir sistem içinde yönetilemeyeceğinden uzun vadede bölgesel farklılıkların oluşmasına ve vatandaşların sağlık hizmetlerine erişebilme noktasında aynı ölçüde faydalanmama durumuyla karşı karşıya getireceği şüphesiz bir gerçektir.

1.1.3. Avrupa Birliği Sağlık ve Sağlık Politikalarının Temel İlkeleri

Avrupa Birliği'nin sağlık alanındaki görevleri belirlenirken Avrupa Birliği'nin sağlık alanında bir çatı oluşturması, Avrupa Birliği sağlık politikalarının oluşması için bazı ilkelere ihtiyaç duymasına sebep olmuştur. Bu ilkeler;

İhtiyatlılık

Yetkilendirme

Birlikte Hareket Etme

Açık Koordinasyon Yöntemi

Avrupa Katma Değeri'dir. (Yıldırım, 2011: 82).

Bu ilkelere kısaca değinmek gerekirse;

1.1.3.1. İhtiyatlılık İlkesi

Avrupa da ihtiyatlılık kavramı çevrenin korunması olarak tanımlanmaktadır. Kapsamlı olarak da ihtiyatlılık; İnsan, hayvan, bitki ve tüm çevre sağlığını kötü yönde etkileyecek durumlar için korunma ilkesi olarak açıklanabilir (Yıldırım, 2011: 82)

Avrupa Birliği ülkelerinde sağlık politikaları oluşturulurken öncelikle sağlığı bozucu sebepleri önlemek asıl amaçlardan biri olarak belirlenmiştir. Bunun için de halk sağlığını koruyan ve bulaşıcı hastalıkları önleyen tedbirleri alan koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermektedir.

1.1.3.2. Yetkilendirme

Sağlık hizmetleri de yetkilendirme ilkesi ile düzenlenen alanlardandır. Hizmetler en yerel düzeyde yönetilirse kaliteli ve verimli bir üretim gerçekleştirilebilir (Yıldırım, 2011: 82). Sağlık hizmetlerinin yönetilmesinde Sağlık Bakanlığının sadece planlayıcı ve politika oluşturucu olması gereklidir. Hastanelerin merkezden yönetilmemesi ve kendi yönetim kararlarını kendileri alması sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırabileceği gibi maliyetleri de azaltacağı belirtilmiştir.

Bu yetkilendirme ilkesi ile yerel veya bölgesel düzeyde problemler ele alınabilmektedir. Avrupa Birliği düzeyinde bu ülkenin en uygun düzeyde gerçekleştirilmesi gerekliliği ve Avrupa Birliği sağlık politikalarında da Avrupa Katma Değeri ile birlikte değerlendirilmesi ile olmaktadır. (Yıldırım,2011:82)

1.1.3.3.Birlikte Hareket Etme

Ortak çıkarlar doğrultusunda bireysel veya grup halinde hareket etmek olarak tanımlanabilir. Dayanışma diye ifade edilen bu kavram kollektif çıkarları gözetmektedir (Yıldırım, 2011: 87).

Avrupa Sağlık Hizmetleri sistemi çerçevesinde ele alındığında sağlıklı insandan, hasta insana, zenginden fakire, erkekten kadına, gençten yaşlıya, bireylerden aile fertlerine uzanan hizmet sürecinin olması şeklinde söylenebilir.

1.1.3.4. Açık Koordinasyon Yöntemi

Avrupa Konseyinde 2000 yılında Lizbon'da oluşturulan, kabul edilen politik bir yöntem ve stratejik bir durumdur.

Bu süreç bağımsız bir politika'yı oluşturur. Uyum sağlamanın mümkün olmadığı durumlarda daha da fazla yakınlık oluşmasıdır. (Yıldırım,2011:84)

Sağlık alanında bu yöntem fazla kullanılmamaktadır. Avrupa Birliği düzeyinde ilk olarak Anayasa'da sağlık alanında kullanılmasına ilişkin olarak yer almış bulunmaktadır (Yıldırım, 2011: 4).

Bu yöntemin amacı; Sağlık hizmetlerinin kullanılması ve finansal kaynakların modern bir şekilde geliştirilmesi için ortak amaç doğrultusunda ilerlemektir.

1.1.3.5. Avrupa Katma Değeri

Avrupa Birliği'nde maliyet etkili bir durumdur. Koordine bir yönetimin gerekmesi, ulusal sınırların içindeki konularla ilgili bilgilerin tümü, vatandaşların ülkeler arasında serbest olarak dolaşımının sağlanması, yeni projelere olanak

verilmesi gibi nedenlerin yerine getirilmesinin beklenmesi Avrupa Katma Değeri için gerekli özellikler olarak sıralanabilir (Yıldırım,201: 83).

Avrupa ülkelerinde yetki ikamesi olarak Avrupa katma değerinden yararlanılmaktadır. Bu değer ile sadece Avrupa Birliği ülkeleri sağlık politikalarından yararlanmaktadırlar. Eğer bu sınırlama olmazsa ülke ekonomilerinin zarar görmesine, politik yönden uygunsuz faaliyetlere ve ulusal olan öncelikli değerlerde karışıklığı yol açabilir (Yıldırım, 2011: 84).

1.2. AVRUPA BİRLİğİ UYUM SÜRECİNDE TÜRKİYE’DEKİ SAğLIK SİSTEMLERİNİN GELİŞİMİ

Bu bölümde cumhuriyetin ilan edilmesinden günümüze kadar olan sağlık politikalarının ve sağlık hizmetlerinin vatandaşlara sunulmasına kadar yapılan çalışmalar ile birlikte uygulanan yöntemler yer almaktadır. İlk bölümde tarihsel süreç ve gelişim, ikinci kısımda ise sağlık hizmetlerinin örgütsel olarak yapısından söz edilecektir.

1.2.1. Türkiye’deki Sağlık Politikalarının Tarihsel Olarak Gelişimi Ve Uygulanması

Sağlık Bakanlığı’nın kuruluşundan Sağlıkta Dönüşüm Programına kadar sağlık alanında gerçekleştirilen adımları incelemek süreci anlamamız için yararlı olacaktır.

Öncelikle bu dönemlerin birbirinden ayrılması gerekirse; üç dönem şeklinde ayırarak inceleyebiliriz.

1.2.1.1. 1920-1938 Dönemi Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı (SB) 1920 yılında kurulmuş bir bakanlıktır. Cumhuriyetin ilk yıllarından Atatürk'ün ölümüne kadar sağlıkla ilgili alanlarda yasal olarak birçok düzenleme yapılmıştır.

Bu dönemde yapılan düzenlemelerde öncelik sırası göz önüne alınarak sağlıkta ve değişimin sonuçlarında asıl hedeflenen durumlar şu şekilde sıralanabilir;

- ✓ 1920 dönemi ve sonrasındaki olumsuz durumların çözüme kavuşturulması,
- ✓ Sağlık alanında çalışanlara devlet desteğinin sağlanması,
- ✓ Tüm Büyükşehirlerden, küçük yerleşim yerlerine, kasaba ve köylere kadar bu sağlık sistemi yapısının uygulanması için gerekli çalışmaların yapılmasıdır. (Tengilimoğlu, 2009: 91).

923 sayısal verilerine bakıldığında Türkiye'de 6437 hasta yatağı ve 86 hastane bulunmaktadır. Bu sayısı belirtilen hastanelerden üç tanesi merkeze bağlı yönetimle yürütülen diğerleri ise özel sektör ve yabancılara ait sağlık kuruluşudur. Bu dönemde Sağlık Bakanlığının çalışmaları ile sağlık hizmeti sunumunda yeni adımlar atılarak sağlık sektöründe canlanma oluştuğu söylenebilir. Bu dönemde inşa edilen yeni hastaneler ile sıtma ve verem hastalıklarına yönelik önemli ciddi çalışmalar yapıldığı gözlenmektedir (Berman ve Tatar, 2004: 7).

Cumhuriyetin ilanından yani 1923'ten Atatürk'ün ölümüne kadar olan 15 yıllık sürede Türkiye'deki nüfusun %90'lık kısmı kırsal bölgelerde yaşadığı için sağlıkla ilgili çalışmalarda ağırlıklı olarak kırsal bölgeler göz önüne alınmıştır. Sağlık Bakanlığı bu yerlere temsilci olarak hükümet tabiplerini görevlendirmiş ve önemli görevler üstlendiği görülmektedir (Metintaş, 2007: 166).

Bu görevlerden başlıcaları; koruyucu tabip, tedavi edici tabip, adli vaka tabibi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği görevleridir.

Onbeş yılda yapılan düzenlemeleri genel olarak ele alırsak sağlık hizmetlerinin ülke geneline özellikle de kırsal bölgelere yaygınlaştırma çabaları dikkate değerdir. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinde nitelikli insan gücünü arttırmak için bazı çalışmalara gereksinim duyulmuştur. Bu gereksinimlerin karşılanması için yapılması gerekenler ise; Sağlık Bakanlığı yönetiminde, denetiminde sağlık hizmetleri için gerekli personelin atama işlemlerinin yapılması, çalışanların motivasyonunun artırılması, maaşlarda yeniden yapılandırma yapılması gibi çalışma ve yöntemler sayılabilir (Akdur, 1998: 25).

Cumhuriyet döneminde gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinden en önemlileri Türkiye’de o dönemde en çok karşılaşılan bulaşıcı hastalıklarla mücadele olduğudur. En sık rastlanılan hastalıklar ise; sıtma, trahom, frengi gibi bulaşıcı hastalıklar idi. Bu hastalıklarla mücadelede bölgelerde dispanserler kurularak azaltılmasına ve yok edilmesine yönelik çalışmalar yapıldığı gözlenmektedir (Metintaş, 2007: 169).

Böylece bu dönemde yapılan bulaşıcı hastalıklarla mücadele ile başlatılan koruyucu sağlık hizmeti alanındaki çalışmalar günümüzde de halen devam etmektedir.

Bu dönemde kurulan Hıfzıssıhha Enstitüsü, Sağlık Ocağı gibi sağlık hizmeti sunan kamu alanları hiçbir değişiklik olmadan bugünde hizmet anlamında hala varlığını korumaktadır.

1.2.1.2. 1938-1960 Dönemi Sağlık Politikaları

Bu dönemde vatandaşların sağlık konusunda bilgilerinin artırılması için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca sağlık alanında yönetimle ilgili önemli kavramlardan olan koruma amaçlı ve tedavi edici hizmetlerin bir bütünlük

oluşturarak ülke genelinde yayılmasının sağlanması amaç hedeflerdendir (Akdur, 1998: 30).

1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) kurulması ile de İş Güvenliği Yasası yürürlüğe girmiştir.

1950'lili yıllarda da Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri verirken diğer belediyelere ait hastaneleri de kendi bünyesine katmıştır. Taşrada hizmet veren sağlık alanındaki personel şehir hastanelerine transfer edilmiştir. Daha sonra 1960 darbesi ile Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) hizmete girmiştir. Devlet planlama teşkilatı ile tüm sektörlerde birlikte koordinasyon sağlanarak hizmet alanlarında yeniden düzenleme çalışmaları yapılması ile koordineli ve planlama gerektiren kalkınma projeleri dönemine ilk defa tam anlamıyla geçiş yapılmıştır (Tengilimoğlu, 2009: 95).

1953 yılından itibaren Emekli Sandığı'nın kurulması ve Sosyal sigortaların tüm ülke genelini kapsamaları çalışmalarının başladığı görülmektedir. Ana-Çocuk Sağlığı merkezleri, verem dispanserleri, ruh ve sinir hastalıkları merkezleri bu yıllarda açılmıştır. Bunların yanında yurt genelinde sağlık ocaklarının sayısında çok hızlı artış gösterdiği söylenebilir. (Tengilimoğlu, 2009: 95).

1.2.1.3. 1961-1980 Dönemi Sağlık Politikaları

1960 yılından sonra Devlet Planlama Teşkilatının çalışmalarının neticesinde hükümetin izlemiş olduğu 5 yıllık kalkınma planları ile sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli bir dönem teşkil etmiştir.

Bu dönemden itibaren tüm vatandaşların sigortalanmasını amaçlayan Genel Sağlık Sigortası (GSS) kavramının üzerinde durulmaya başlanmıştır. Ama bir türlü genel sağlık sigortası konusunda yapılması planlanan çalışmalar hayata geçirilememiştir.

Bu dönemde toplumda meydana gelen siyasi kargaşa nedeniyle hükümetin sağlık alanındaki düzenlemelerle ilgilenildiğine dair çalışmalar o dönem kaynaklarında yer almamaktadır. Dönem kaynaklarına bakıldığında sadece yasa, tüzük ve genelgeler hazırlanmış ve bu şekilde kalındığı gözlemlenmektedir. (Tengilimoğlu, 2009: 95).

1.2.1.4. 1980'den Günümüze Gerçekleştirilen Sağlık Politikaları

1950'li yıllarda sağlık alanından özel sektör çalışmaları 1970'lerde de bu çalışmalar üstünlüğünü koruduğu izlenmektedir. 1982 Anayasası ile siyasi anlamda resmi bir nitelik oluşturmuştur. 1982 Anayasası ile ilk kez sağlıkla ilgili özel alanda çalışmalardan bahsedilmiştir (Ateş, 2002: 275).

Bu dönemde sağlığa erişim noktasında mali sıkıntıları yaşandığı görülmektedir. Vatandaşların sağlık hizmetinden yararlanmasında eşit bir sistem anlayışı olmadığı ve günümüzdeki gibi modern bir yaklaşımın görülmediği izlenmektedir. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin oluşmasında eşitlik ilkesi ve ücretsiz sağlık hizmetleri modeli benimsenmiştir. Böylece ilk temeller bu şekilde atılmış bulunmaktadır (Berman ve Tatar, 2004: 6).

Sağlık alanında özel sağlık kuruluşlarının hizmet vermesi ile kamu ile rekabetin sağlanması amaçlanmıştır. Genel sağlık sigortası ile ilgili düzenlemeler gündeme getirilse de bir türlü hayata geçirilemediği gözlenmektedir. Bu dönemde ayrıca yapılan en önemli yenilik; Sosyal sigortalar kurumu ile birlikte sağlık hizmetlerinden faydalanmak için ödeme gücü olmayan hastalar için düzenlenen Yeşil Kart sistemidir (Tengilimoğlu, 2009: 97).

Sağlığın bir hak olduğu ve bu hakkı kullanmada maddi durumuna bakılmaması gerektiği düşüncesinin temeli olan yeşil kart uygulaması ile Genel Sağlık Sigortası anlayışının ilk temeli böylelikle atılmış bulunmaktadır.

1980 sonrası sağlıkta d6nüşüm programı ile ilgili bazı projeler yapılmıştır. Proje ile ilgili finansal kaynak miktarları, tarihleri, sonuçları ve yapılması planlanan durumlar aşağıdaki tabloda verilmiştir;

Tablo 1: 1980 Sonrası Uygulanması Planlanan Sağlıkta D6nüşüm Programı Projeleri (Belek, 2012: 26)

Proje	Fiyat ve Bitiş Tarihi	Sonuç	Bıraktığı Etki	Etkilemek İstedığı Alan
Birinci Sağlık Projesi	75milyon dolar 31.12.1998	Kısmi Başarılı	Kısmi Başarılı	Sağlık bakanlığının etkinliğini sağlamak ve devamlılığını sürdürmek
Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Projesi	14.5milyon dolar Haziran 2001	İyi değil	İyi değil	Sistemin gelişimini sağlamak ve sağlık bakanlığı içinde ekonomik sistem oluşturmak ve geliştirmek
İkinci Sağlık Projesi	150milyon dolar 31.12.2004	İyi değil	İyi değil	Depremden etkilenen yerlere ve ekonomik yönden düşük gelirli yerlere sağlık hizmeti sunmak, aile planlaması ve yaşam kalitesini artırmak

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE UYGULANMASI

2.1.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (SDP)

Sağlıkta dönüşüm programı kısaca sağlıkta yapılan köklü reformlar diye tanımlayabiliriz. Sağlıkta dönüşüm programı ilk defa 1991-1993 yıllarında ele alınmış ancak bu adla anılması Adalet ve Kalkınma Partisi (Ak Parti) hükümeti döneminde olmuştur. Sağlık reformu ile sağlıkta dönüşüm arasında fark bulunmamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli bileşenleri sağlık sisteminin yenilenmesi aşamasında tek bir elden yönetim ve denetimin sağlanması, yeni sağlık sistemlerinin ve hizmet sunucularının özelleştirilmesidir. (Belek,2012:27)

Sağlıkta dönüşüm programını daha iyi anlamak için amaçlarını, ilkelerini ve yapılan reformları ayrıntıları ile incelemek gerekmektedir.

2.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ AMAÇLARI VE İLKELERİ

Bu amaç ve ilkeler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye İçin Tercih Nedeni Olması

Öncelikle bu programın neden gerekli olduğunu anlamak adına önceki sağlık hizmetleri alanında yapılan en önemli sağlık sorunlarına değinmek gerekir. Bu sorunların en önemlileri şöyledir;

Doktorların kamunun imkânlarını kullanarak hastayı ameliyat etmesi durumunda dahi bıçak parası adı altında ayrıca hastadan yasadışı para talep etmesi

Doktorların hastaları özel muayenehanelerine yönlendirmesi

Ödeme gücü olmayan hastaların hastanelerde ödeme yapılana dek rehin olarak tutulması

Hastaların tedavi edildiği hastane dışından veya başka bir hastaneden veya eczaneden alması gereken ilaçları alamaması

Hastaların uzun süren sevk ve evrak işlemleri gibi bürokratik işlemlerle uğraşması

Hastane polikliniklerinde aşırı yığılma olması ve bunun sonucu olarak uzun kuyrukların oluşması

Aynı şekilde ilaçların tedarikinde zorluk yaşamaları gibi nedenler sıralanabilir (Tengilimoğlu, 2009: 100).

Sıralanan bu sorunların dışında aynı zamanda; farklı sosyal güvenlik kuruluşlarının olması nedeniyle (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK), hastaların yalnızca bağlı bulunduğu sağlık güvencesinin hizmet verdiği sağlık merkezinden yararlanması ve başka sağlık merkezlerinde tedavi hakkının ancak sevk işlemiyle mümkün olması da, hastanın hastane ve doktor seçebilme hakkının olmadığına göstergesiydi.

Ayrıca bu durum sağlık hizmeti sunumunda sınıf farkı oluşturmakta idi. Farklı sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olması sağlık hizmeti anlaşmasında da kişiye sunulan hizmetin kalitesi açısından da farklılık yaramakta idi. Bunun sonucu olarak sağlık hizmetleri hakkaniyete ve adalete uygun bir şekilde yapılamamakta ve bu da hastalar tarafından memnuniyetsizlikle karşılanmakta idi.

Ayrıca devlet bütçesinden sağlık maliyetlerini ödeme gücü olmayan hastalara sağlanan Yeşil Kart adı altında getirilen sistemin birçok sıkıntısı vardı. Tüm bu

sorunların ortadan kaldırılması ve sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve daha ekonomik hale getirilmesi, sağlıktan herkesin eşit bir şekilde hakkaniyete uygun olarak faydalanması için sağlıkta dönüşüm programının hazırlanıp uygulanması kaçınılmaz bir durum haline gelmiştir. Sağlıkta dönüşüm programının yapısına ve ana esaslarına değinmek gerekirse, sağlıkta dönüşüm programının içinde bulunan en önemli unsurlar şunlardır;

Aile Hekimliği
Genel Sağlık Sigortası
Özerk Hastaneler

Bu unsurlar her ne kadar birbirinden farklı gibi görünse de kesinlikle birbirleriyle ilişkili bir bütün oluşturmaktadır. Eğer unsurlardan birisi eksik olursa sağlıkta dönüşüm programının anlamı ve bütünlüğü bozulur ve projenin olumsuz yönde etkilenmesi söz konusu olur. Bütün bunları çalışmamın ilerleyen kısımlarında detaylı bir şekilde değinilecektir (Belek, 2012: 29).

2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hedefleri

Sağlıkta dönüşüm programının amaçladığı hedef daha önce de bahsedildiği üzere sağlık hizmeti sunumundan daha verimli ve eşit ölçüde herkesin yararlanabilmesidir. Sağlıkta dönüşüm programının oluşması için;

İyi bir yönetim modeliyle ile bir araya getirilmesi

Bütçesinin iyi planlanmasının sağlanabilmesi

Ve de sağlık hizmetinin vatandaşlara ulaştırılış şekli önem taşımaktadır (Tengilimoğlu, 2009:100).

Sağlıkta dönüşüm programının amaç ve hedeflerini tabloya aktaracak olursak aşağıdaki durum ortaya çıkmaktadır (Belek, 2012: 30).

Tablo 2: Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve Hedeflerinin Tablo ile Gösterilmesi (Belek, 2012: 30)

Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları	Sağlıkta Dönüşüm Programının Sonuçları
<p>Birinci Basamak</p> <p>Sağlıkta dönüşüm programı için gerekli ortamın oluşması finansal kaynakların kuvvetlendirilmesi, hizmet kalitesinin gelişimi, devamlılığın sağlanması ve sigorta işleyişinde kapsamın geniş tutulmasını içerir.</p>	<p>2015 yılı sonuna kadar anne ölüm hızının azaltılması</p> <p>2015 yılı sonuna kadar bebek ölüm hızının azaltılması</p> <p>Sağlık hizmetlerinden vatandaşların yararlanabilmesi için önlerine maddi engel çıkarılmaması</p>
<p>İkinci Basamak</p> <p>Aile hekimliği hizmetinin başlaması ve Genel sağlık sigortasının uygulanmasında gerekli bütün işlemlerin hazırlanmasını içerir.</p>	<p>Sağlık hizmetlerinin kullanılmasında Avrupa Birliği standartlarında olmasının sağlanması</p> <p>Sağlıktaki harcamaların ülkenin ekonomisi ile paralel düzeyde artışının sağlanması</p> <p>Sigorta hizmetinde yapılan genel vergilerin azaltılması</p>

2.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Unsurları

Sağlıkta dönüşüm programının oluşmasındaki en önemli üç unsurundan sağlıkta dönüşüm programının amaçları ve ilkeleri başlığında genel olarak bahsedilmiştir. Ayrıntılı olarak incelemek gerekirse sağlıkta dönüşüm programı için

alt yapı içerisinde bulunması gereken hizmetler, kurumlar, işgücü ve finansal yapının ayrıntıları önemlidir. Öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Programının ana çatısını oluşturan sağlık bakanlığının programda kendilerine belirledikleri görev ve yetkileri incelemek gereklidir (Tengilimoğlu, 2009: 101-106).

2.2.3.1. Sağlık Bakanlığı ve Görevleri

Sağlık Bakanlığı (SB); Türkiye için sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık hizmetleri standartlarını oluşturan ve bu standartların gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin denetimini yapan ve genel sağlık politikalarını oluşturup ve uygulayan bir bakanlıktır.

Daha açık bir ifadeyle Sağlık Bakanlığı'nın temel görevleri; Bakanlık içinde yönetim ve organizasyonun belirlenmesi, personel eğitimi ve yönetimi, malzeme ve envanter yönetimi, insan kaynaklarının planlaması, sağlık sektöründe en üst düzey yönetici pozisyonunda olması, misyon olarak üstlendiği en önemli görevler; ülke geneline sağlık hizmetlerinin eşit ve adil bir biçimde ulaştırılması, günün şartlarına uygun olarak modern sağlık hizmetinin oluşturulması, sağlık sistemi için gerekli iş gücünün sağlanabilmesi, eğitim ve öğretim üzerinde önemli bir rol üstlenmesi, sağlık kuruluşları personellerin kurum içi eğitimlerle daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun yapılması, sağlık bakanlığının önemli görevleri arasındadır. (Tengilimoğlu,2009:109)

2.2.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının En Önemli Amacı; Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Sağlıkta dönüşüm programında tüm vatandaşların eşit bir sağlık hizmetinin sunulmasını amaçlamaktadır, bu noktada programda eşitlik ön plandadır diyebiliriz. Bireylerin sağlık hizmetinden faydalanabilmesi karşılığında ödemesi gereken bedeli için ya sağlık sigortası vasıtasıyla ya da bizzat kendi cebinden yapması gereklidir.

Sağlık sigortası vasıtasıyla ödeyebilmesi için çalıştığı özel veya kamu kurum veya kuruluşuna göre bir sosyal güvencesinin olması zorunludur. Bu kurumlar şimdi Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilen Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'dır. Devlete bağlı bu kurumların dışında teşekkül etmiş özel sigorta şirketleri de kendisine ödenen prim bedeli oranında sağlık harcamalarını vatandaş adına ödemektedir.

Genel sağlık sigortası içinde öncelik sağlık hizmetinden yararlanmak için özel veya genel sağlık sigortalarından hiçbirine sahip olmayan ve maddi imkânı da olmayan kişiler oluşturmaktadır. Sağlığın bir hak olduğu ve her vatandaşın bu haktan faydalanması gerektiği gerçeği karşısında bu koşullarda olan vatandaşların devlet ya da hazine kaynakları ile bir ödeme şekli oluşturulması yönünde çalışmaların yapılması amaçlanmıştır (Belek, 2012: 61-62).

Genel sağlık sigortasının yanında özel sağlık sigortacılığı konusu da gündeme gelmiştir. Devlet özel sağlık sigortacılığının gelişmesi için bir takım vergi muafiyeti ve benzeri teşvikler oluşturmuştur. Zorunlu olan genel sağlık sigortasının yanında özel sigorta işlemleri ile bu kurumları kullanarak sağlık masraflarının bir kısmı bu özel sigorta kurumları ile karşılamaktadırlar (Yıldırım, 2011: 453). Ancak bireyin özel sağlık sigortasının varlığı Genel Sağlık Sigortası sisteminden çıkma hakkı doğurmamaktadır. İhtiyari olan özel sağlık sigortası ancak özel hastanelerden hizmet alan hastaların ödemesi gereken katkı payını ödemede kolaylık sağlamaktadır.

Başlangıçta sigorta sistemindeki düzenlemelerle çalışan ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar için sigorta sisteminde değişiklikler yapılmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu; Sosyal güvencesi olmayanlar için bu durumlarını belirten gerekli belgelerini sosyal güvenlik kurumuna bildirmek şartıyla kurum içinde bulunan sigorta işlemleri bölümüne başvuruda bulunarak işsizlik sigortası ödeneğinden 6 ay boyunca maaş ve sağlık güvencesi hizmeti alabilmektedirler (Tengilimoğlu, 2009: 240-241). Altıncı ayın sonunda bu kişinin sağlık harcamalarının ne şekilde gerçekleştirileceği sorununu Sağlıkta Dönüşüm Programı bir başka adımla çözümlenmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu; Çalışanların, işverenin, işsizlik sigortasından yararlananların primlerini takip etmekle bizzat yükümlüdür. Böylece vatandaşın işvereni tarafından ödenmeyen primler nedeniyle sağlık hizmetlerinden mahrum kalması söz konusu olmamaktadır. Bütün bu işlemler Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın denetimi altında gerçekleştirilmektedir (www.sgk.gov.tr, 01.11.2012).

Sosyal güvenlik kurumu ile ilgili Emeklilik,Hizmet Sorgulama, İşverenin yararlanacağı tüm iletişim ve bilgi içeriği www.sgk.gov.tr/ internet adresinde yer almaktadır.Vatandaşlar her türlü bilgi edinme hizmetine ve kendi bilgilerine bu web adresinden kolayca ulaşabilmektedirler (www.sgk.gov.tr, 01.11.2012).

2.2.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Ulaştırılması

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla sağlık hizmetlerinin sunumunda getirilen yeniliklerin neler olduğunu anlayabilmek için öncelikle Sağlıkta dönüşüm programı öncesinde vatandaşlara sağlık hizmetinin ulaşımı ayrıntıları ile incelemek gerekmektedir. Böylelikle sağlıkta dönüşüm programı sonrasında sağlık hizmetinin ne ölçüde verimli, hakkaniyetli ve kaliteli olarak vatandaşlara ulaşımının sağlandığı daha net anlaşılabilir.

2.2.3.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Ulaşılabilirliği

Sağlıkta dönüşüm programı öncesinde sağlık hizmetlerinde karmaşık bir yapı vardı. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Üniversite Hastaneleri kamu hizmet sunucularıydı. Yani sağlık hizmetleri üç başlı olarak sürdürülmekteydi. Sosyal Sigortalar Kurumu kendine bağlı hastaneler vasıtasıyla hem hizmet sunucusu hem de bu hastanelere ödeme yapan kuruluştı. Bu durum hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemekteydi.

Sağlıkta dönüşüm programı öncesinde kamu hastanelerinde çalışan doktorlar kamu hastanelerinde ve özel muayenehanelerinde yarı zamanlı olarak çalışmaktaydılar. Doktorların tam zamanlı olarak kamu hastanelerinde çalışmamlarının sonucu olarak vatandaşların sağlık hizmetine ulaşmada zorluklar yaşamasına sebebiyet vermiştir.

Yine ülkenin farklı coğrafi ve iklim koşulları nedeniyle ulaşılabilmayan taşra ve mezralara da sağlık hizmeti sunulmasında güçlükler yaşanmaktaydı. Tüm bu sıkıntıları gidermek amacıyla yeni bir yönetim yapısının ve hizmet sunumunun oluşturulması gerekmiştir. (Sülkü, 2011: 15)

2.2.3.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Ulaşılabilirliliği

2002-2008 döneminde sağlıkta dönüşüm programı ile önemli değişimler gerçekleşmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı olarak hizmet veren hastaneler Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Böylece sağlık hizmet sunumu ve finansal kaynaklar birbirinden ayrılmıştır.

Sağlıkta dönüşüm programı uygulama süreci ile özel sağlık sektör kuruluşlarında artış oluşmuştur. Sağlık harcamalarının finansmanı olan Sosyal Güvenlik Kurumu aynı zamanda özel sağlık kuruluşlardan hizmet alımına başlamıştır. Kaliteli ve verimli hizmet için özel sağlık kuruluşlarının tanı, tedavi, görüntüleme hizmetlerini de satın alma yoluna gidilmiş böylece özel sektördeki hastane ve laboratuvar sayısında da artış yaşanmıştır.

Özel sağlık kuruluşları satın alınan sağlık hizmetleri kamu hastaneleriyle rekabetin gelişmesine yol açmış; böylelikle sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliği artmıştır. Kamu hastanelerinde ki verimliliği arttırmak içinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulaması getirilmiştir. Sağlık bakanlığı hastanelerine

döner sermaye gelirlerini istediği gibi kullanma hakkı da vererek özel sağlık kurumlarıyla rekabet edebilmesinin önünü açmıştır.

Diğer taraftan çalışan sağlık personelinin performansının ölçülmesi ve performansına dayalı bir ödeme sistemi geliştirilmesi amaçlanmıştır. Pilot uygulama ise büyükşehirlerdir. Bu şekilde sağlık hizmetinin sunumunda gereksiz işlemlerin önüne geçilmesi, tedavi masraflarının en aza indirilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve hizmet kalitesinin üst seviyede tutulması amaçlanan hedeflerdendir (Akdağ, 2003: 31-32, www.saglik.gov.tr, 01.11.2012).

Engel durumu olan hastalara yönelik fizik tedavi hizmetleri için uygun ortam ve kuruluşların oluşturulmasına yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu durumun gerekli bir hizmet olması düşünülürse bu yönden teşvik ile bu hizmetlere yönelik çalışmaların yapılması gerektiği söylenebilir.

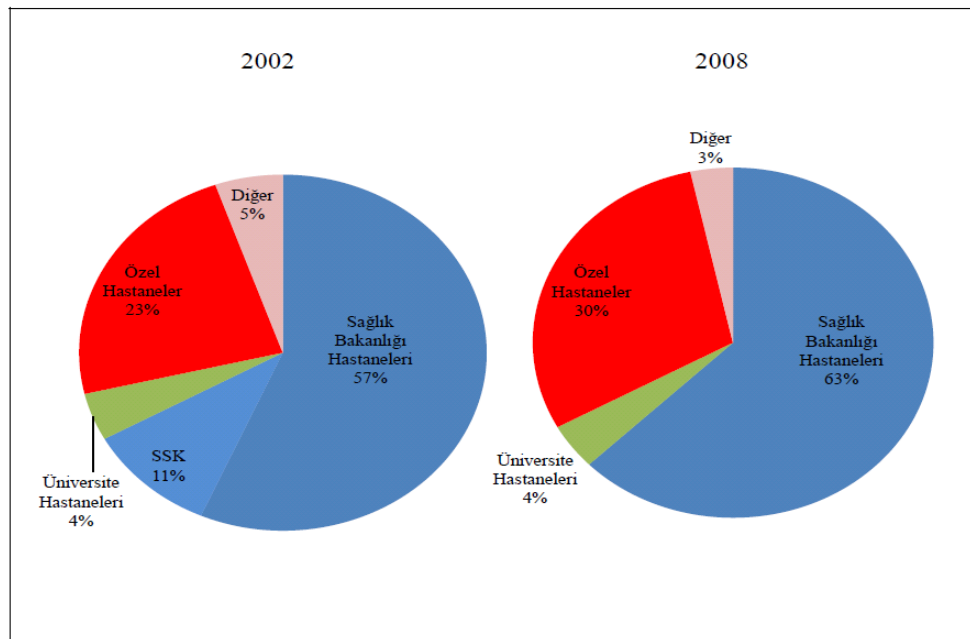
Böylece sağlık hizmetinden toplumun her kesimindeki kişilerin yararlanmasının eşitlik ilkesine uygun doğru bir amaç olduğunu ve sağlık hizmetinden hakkaniyet çerçevesinde herkesin yararlanabilmesi gerekmektedir.

Tüm bu yenilikler ile sağlık merkezleri artmış ve bu da sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılabilmesinin önünü açmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı verileri göz önüne alındığında Hastane, Hasta Yatak Sayıları ve Hasta Muayene Sayıları % olarak tablo ve şekillerle aşağıdaki gibidir (Sülkü, 2011: 16)

Tablo 3: Türkiye’de Hastane ve Yatak Sayıları: 2002-2008 Dönemi Yüzdeler (%) Değişim

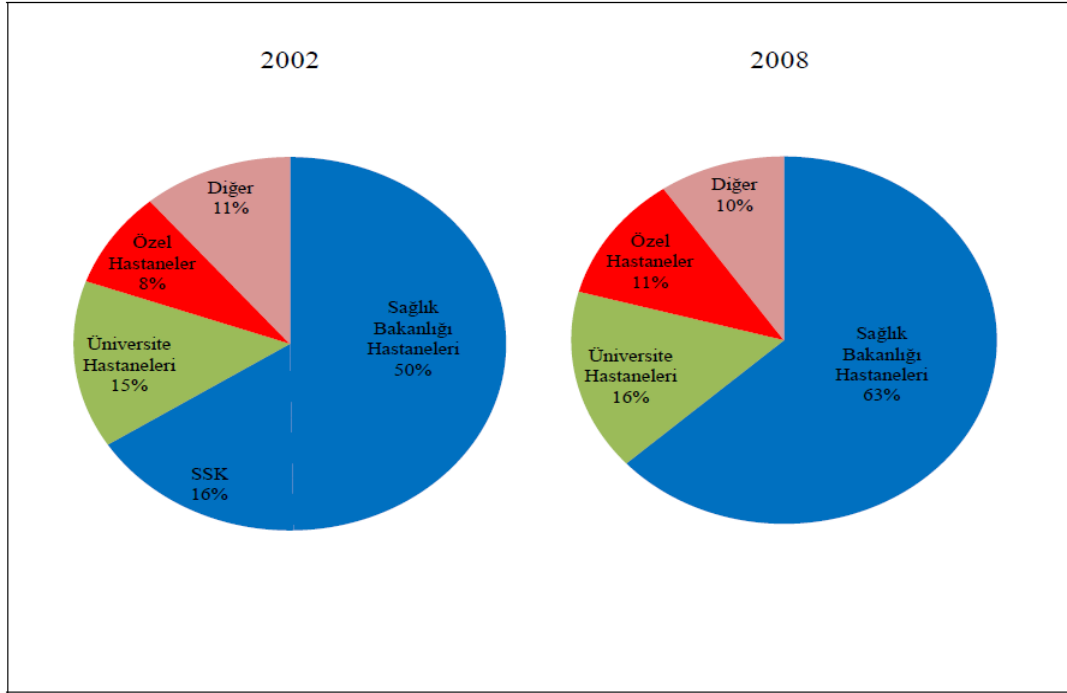
	Hastane Sayısı		Değişim (%)	Yatak Sayısı (*1000)		Değişim (%)
	2002	2008	2002-2008	2002	2008	2002-2008
Sağlık Bakanlığı						
(SB)	654	848	29,7	89	119	33,7
SSK	120	-		29	-	
SB+SSK	774	848	9,6	118	119	0,8
Üniversite Hastaneleri	50	57	14	26	30	15,4
Özel Hastaneler	270	400	48,1	14,7	21	40,0
Diğer	62	46	-25,8	19,6	18	-10,0
TOPLAM	1156	1351	16,9	178	188	5,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2008 (Sülkü, 2011: 16).



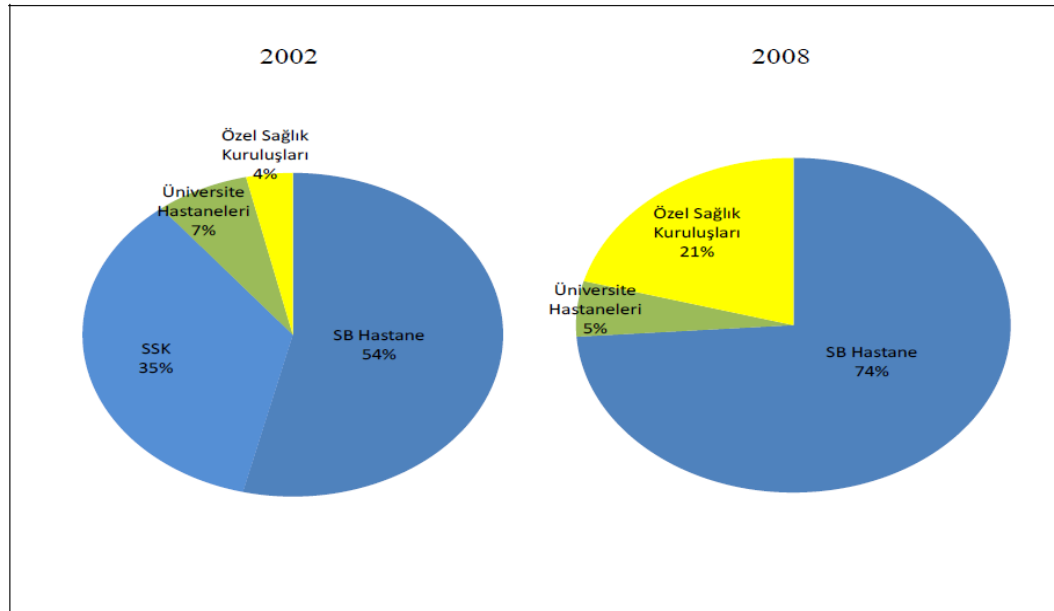
Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2008 İstatistikleri. (Sülkü, 2011: 17)

Şekil 1: Hastane Sayılarının Yüzdelerine Göre Dağılımı: 2002 ile 2008



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2008 İstatistikleri (Sülkü, 2011: 17).

Şekil 2: Hastanelerin Yatak Sayılarının Yüzdelerik Dağılımı: 2002 ile 2008



Kaynak: Sağlık Bakanlığı ve T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı verileri, 2009 (Sülkü, 2011: 18)

Şekil 3: Muayene Sayılarının İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarına Göre Yüzdelerik Dağılımı: 2002 ile 2008

Özel hastanelerde yapılan muayenelerin sayısı, 2002-2008 döneminde çok büyük bir artış göstermiştir. 2002 yılında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yapılan muayenelerin sadece % 4'ü özel kurumlarda yapılırken, 2008'de bu oran, 5,25 kat yükselerek % 21'e ulaşmıştır (Şekil 3).

2.2.3.4. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile Aile Hekimliği Uygulaması

Aile Hekimi kavramı genel olarak tüm klinik bilimlerde bilgi sahibi olan ve tecrübe konusunda deneyimli hekim grubudur. Poliklinik tecrübesi fazla olan ve hastalara tedavi amaçlı çalışan bir uzmanlık dalıdır (Sülkü, 2011: 19).

Türkiye'de önceleri Aile Hekimleri sağlık ocaklarında görev yapmakta idiler. Daha sonra hizmet içi eğitimlerle, saha çalışmaları yaparak alanlarında kendilerini geliştirmeye başlamışlardır. Sağlıkta dönüşüm programı ile Türkiye'deki Aile Hekimlerine görevlerinde 10 yılı tamamlayanlar için sağlık bakanlığı tarafından uzmanlık belgeleri de verilerek Aile Hekimliği statüsü sağlanmıştır. Sağlık çevrelerinde bir uzmanlık dalı olan Aile Hekimliğinin bu şekilde verilmesi eleştirilmiş olmasına rağmen Sağlık Bakanlığı bu değişimi kararlılıkla uygulamıştır.

Aile hekimliği sistemi ile her ailenin bir Aile Hekimi bulunmaktadır. Aile hekimlerine muayene olmak yalnızca T.C. kimlik numarası ile sağlık hizmeti alınabilmektedirler. Aynı zamanda hekim seçme hakkının olduğu bu sistemde aileler belli bir süre sonunda aile hekimini değiştirme ve istediği aile hekimini tercih edebilme hakkına sahip olabilmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programının önemli bir unsuru olan Aile hekimliği sistemi sayesinde bir aileye mensup bireylerin nerede yaşadığı, yaşam standardı ve sağlıkla ilgili bütün bilgileri kayıt altına alınmış olmaktadır. Tüm aile bireyleri aile hekiminin tedavi hizmetinden yararlanabileceklerdir. Ayrıca uzun süre misafir olarak kalanlardan aynı hizmeti alabileceklerdir. Aile hekimleri ayrıca vatandaşlar için tedavide yol gösterici görev de üstlenmişlerdir. Gerekirse ileri tedavi için hastalığın

seyri bakımından uzman kadronun bulunduğu sağlık kuruluşuna yönlendirilme yapabilecektir. Aile hekimi ile sevk zincirinin başlangıç kısmı oluşturulmuş bulunmaktadır (Tengilimoğlu, 2009: 119).

2.2.3.5. Hekim Seçme Hakkı ve Sağlık Kuruluşuna Ulaşımın Kolaylığı

Kişilerin sağlık hizmetinden istediği zaman istediği sağlık kuruluşu ve istediği hekimden faydalanmasının yanı sıra aldığı bu sağlık hizmetinden memnuniyet ölçüsü de önemlidir. Hasta Hakları Yönetmeliğine göre hasta ve hasta yakınları istediği doktora ya da sağlık kuruluşunu seçme de özgürdür. Memnun kalmadığı durumda hekim değiştirebilmelidir. Bu da hizmetin sunumu ve memnuniyet açısından büyük önem taşımaktadır.

Hasta memnuniyetinin artırılması için hasta merkezli yönetim stratejileri geliştirilmektedir. Hastanelerdeki sıra beklemenin, polikliniklerde yığılmanın önüne geçileceği ve hizmet kalitesinin artacağı tahmin edilmektedir.

Hastalara ilişkin kayıtların doktor tarafından eksiksiz tutulması ve tedavinin tüm süreçlerinin kayıt altına alınması hasta bilgileri ve arşivleme sisteminin oluşturulması amaçlanmıştır. Bu bilgilere herkesin erişmesinin de engellenerek hasta mahremiyeti korunmuştur (Tengilimoğlu, 2009: 120-123).

2.2.3.6. Kamu-Özel Ortaklığı ve Sağlık İşletmelerinin Durumu

Türkiye'deki sağlık hizmeti kuruluşlarından faydalanmak isteyen vatandaşların bağlı olduğu sigorta kurumundan ayrılmamak şartı ile kuruluşların yasal yükümlülüklerine bağlı şekilde sağlık hizmetini sunmak önemli görevlerindedir. Bu kuruluşlar yaptıkları sözleşmeye uygun fiyat ve belirlenen standartlarda hizmet vermek zorundadırlar. Bu hizmet karşılığı olan alacaklarını da sosyal güvenlik kurumundan karşılanmaktadır (Akdağ, 2003: 31-32, www.saglik.gov.tr).

Kamu hastanelerinin birleşerek bir sağlık kampüsü oluşturulması kamu-özel ortaklığının bir projesidir. Kendi bütçesi ile personel alımı ve personel yönetimi gibi önemli sorumlulukları yapabilme özelliklerine sahip olunan bu sistem sağlıkta dönüşüm programının önemli bir yeniliğidir.

Türkiye'deki hastaneleri ve sağlık hizmeti sunan kuruluşları da içine alan bu projeler ile yapılacak olan bu projeye bağlı sağlık kampüsleri ile ilgili bilgiler; kampüslerin nerelerde kurulacağı ve bütün ihaleler Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kamu-Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir (Akdağ, 2003:31-32, www.saglik.gov.tr, 01.11.2012).

Hastanelerin etkin hale gelebilmesi için sağlık bakanlığının denetiminde maddi açıdan ve yönetim açısından bir ayrıcalığı olabilecektir. Bütün kamu kurumları, özel şirket ve vakıflar sağlıkla ilgili kurum ve kuruluşları açabileceklerdir. Fakat bunun yanında yüksek fiyat da hizmet ve büyük bütçeli kuruluş olmalarının önü kapatılmıştır. Yani sağlık hizmetlerinin bedelini kendileri özgürce belirleyemeyeceklerdir (Akdağ, 2003: 31-32, www.saglik.gov.tr, 01.11.2012).

2.2.3.7. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunun Eğitimli ve Tecrübeli Çalışanlar Tarafından Yürütülmesi

Sağlıkta dönüşüm programının başarılı olabilmesinin koşullarından biri de iyi eğitimli, yetenekli iş gücü ile hizmet vermektir. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli olabilmesi için çalışanların motivasyonun yüksek tutulması, rahat ve huzurlu bir çalışma ortamı yaratılması, iş güvenliğinin sağlanması ve i hizmet içi eğitimlerin yapılması gereklidir.

Bu hizmetlerin yanında vatandaşların sağlık hizmetleri ile ilgili tüm bilgilere kolayca ulaşabilmesinin sağlanması ve bunun yanında toplumun sağlık hizmetini alırken nelere dikkat etmesi gerektiği yönünde bilinçlendirme çalışmalarının yapılması vatandaşlar açısından önemlidir.

Kamu alanında çalışan personelin verimli ve etkili olması için özendirici çalışma ve uygulamalar yapılmalıdır. Sağlık alanındaki yönetici grubun personel planlaması ve yönetime katılımları için uygun ortamın da yaratılması ile sağlık hizmetinin sunumunda kalite ve verimlilik açısından artışın olması kaçınılmazdır.

2.2.3.8. Sağlıkta Dönüşüm Programının Uygulanmasında Rolü Olan Eğitim Kurumları ve Gerekliliği

Sağlıkta dönüşüm programının devamını sağlamak için sağlıkla ilgili tüm konulara hâkim, bilgi sahibi, gerekli eğitimi almış kişilere ihtiyaç vardır. Bunun yanında Türkiye'deki sağlık sistemi için yapılması planlanan araştırmalara yönelik çalışmalar için Türkiye'de sağlık hizmeti eğitimi verecek kurumlara duyulan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır. Tıp, Hemşirelik, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu bölümleri mezunları ile ulusal standartlarda sağlık eğitimi almış kişiler ile kaliteli hizmet verilmesi sağlanmış olacaktır. Bunun için sağlık personelinin yapacağı her türlü bilimsel çalışmalar ve planlamalar için her türlü destek sağlanması gerekmektedir (Akdağ, 2003: 33-34, www.saglik.gov.tr, 01.11.2012)

Sağlıkta dönüşüm programının başarılı olabilmesi için önceki yönetim anlayışlarından farklı bir yönetim anlayışının oluşturulması gereklidir. Sağlık kuruluşlarında şimdiye kadar hekime bağlı bir yönetim anlayışı hüküm sürmekteyken hekime bağlı kalınmadan eğitilmiş, disiplin sahibi, işin ehli, sağlık politikaları ve sağlık ekonomisi konusunda eğitilmiş, tecrübeli, bilgi sahibi olan yöneticilerin tercih edilmesi başarıyı sağlayacaktır (Akdağ, 2003: 34, www.saglik.gov.tr, 01.11.2012).

Sağlıkta dönüşüm programının eğitim ile ilgili önem verdiği çalışmalardan biri de Tıp Fakültelerinde Halk Sağlığı Ana bilim dallarına bağlı birimler oluşturmak ve halk sağlığına yönelik alt dallarda uzmanlık alanları oluşturmaktır.

2.2.3.9. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Birlikte Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalitenin Sağlanması

Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi esnasında sadece hekimlik standartları değil verilen sağlık hizmetleri için kullanılan tıbbi malzemelerinin uluslararası standartlarda kaliteli olması büyük önem taşır.

Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmeti sunucularına ödenen finansal kaynaklar açısından kaliteye bağlı bir ödeme sistemi gerçekleştirilmektedir. Sağlıkta dönüşüm programı ile de bu kalite ve akredite kavramları ile Türkiye'deki sağlık sistemi işleyişini Avrupa Birliği ülkeleri seviyesine getirmek önemli amaçlardandır.

2.2.3.10. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Gereksiz Tıbbi Malzeme ve İlaç Kullanımının Engellenmesi

Sağlıkta dönüşüm programının sağlık alanındaki önemli reformlarından biride vatandaşların ilaca ve tıbbi malzemeye kolayca erişebilmesinin sağlanmasıdır.

Sosyal Güvenlik Kurumu; Türk Eczacılar Birliği ile sözleşme yaparak vatandaşların tüm eczanelerden sosyal güvencesi ne olursa olsun ilaç temin edebilmesini sağlamıştır. Bu da insanların ilaca ulaşmada zorluk yaşamadan istediği eczane den tıbbi malzeme ve ilacı alabilmesine olanak sağlamıştır.

İlaç fiyatlarında da belli bir standart bir fiyat sağlanmıştır. Daha önce ilaçlarla ilgili yaşanan sorunlar çözüme kavuşturulmuştur. Hızlı, etkili, uygun fiyatlandırma sağlanması ile daha düzenli bir sistem oluşturulmuştur (www.sgk.gov.tr, 01.11.2012).

2.2.3.11. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hastane Bilgi Sistemlerinin Oluşması ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunun Kolaylaşması

Sağlık sektörü için doğru bilgi çok önemlidir. Hizmetin karşılanabilmesi için sağlıkla ilgili bilgi sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun için tüm sağlık kayıtlarının güvenli bir sistem içinde tutulmasının sağlanması ile envanter bilgilerine, sağlık hizmetlerinin nerede, nasıl, ne kadar sıklıkla kullanıldığının belirlenmesinde kullanılacak olan sistem büyük yarar sağlayacaktır. Bunun için bilgisayar yazılımları içinde kullanımı kolay, anlaşılır programlar ile işlemler daha rahat gerçekleştirilmektedir. Çalışan personelin ihtiyacına yönelik araştırma yapılarak hizmetin sunulması büyük önem taşımaktadır (Akdağ, 2003: 36, www.saglik.gov.tr, 01.11.2012).

Sağlıkla ilgili bilgilerin toplandığı bir sistemin oluşturulması için bu alanda gerekli olan ihtiyaçların belirlenmesi, sıkıntıların değerlendirilmesi, finans kaynaklarının oluşturulması ve etkili bir biçimde kullanılabilmesi ayrıca bilimsel çalışmalar için gerekli olan bu bilgi sistemi ile araştırmalar daha rahat ve kolay yapılabilecektir.

Günümüzdeki olanaklar göz önüne alındığında yapılacak olan bu veri sistemi ile daha hızlı, güvenli bir sistem oluşturulması gerekmektedir. Vatandaşların sağlık sistemi içerisindeki verilerinin ulaşımına kolaylık sağlayacak olan MERNIS ve T.C. numaraları ile farklı kurumlarda ya da yerlerde kişiye ait bilgilerin bir araya getirilmesi sağlanacak olup aynı zamanda sigorta sistemindeki kayıtları kontrol altında tutularak vatandaşların bağlı olduğu sosyal güvencesi ile ilgili bilgileri ile birlikte yararlandığı imkânlarını belirlemede kolaylık sağlanmış olacaktır (Akdağ, 2003: 37, www.saglik.gov.tr, 01.11.2012)

2.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI REFORMLARININ UYGULANMASI VE ORTAYA ÇIKAN SONUÇLAR

Sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasına başlanması ile vatandaşların yenilikler karşısında gerek bilgi sahibi olması ve gerekse bu yeniliklere uyum sağlayabilmesi için zorunlu açıklama ve bilgiler reklam yoluyla, görsel iletişim araçları ve broşür gibi yöntemlerle halka sunulmalıdır. Sağlık Bakanlığı kısmen de olsa bu uygulamaları yapmıştır. Böylece vatandaş için gerekli hizmet ve gerekli olmayan hizmet ayrımı program işleyişine göre açığa çıkmış olacaktır. Herhangi bir sorun ve eksikliğin görülmesi durumunda bunlar sistem içerisinde düzeltme yoluna gidilecektir (Akdağ, 2003: 38, www.saglik.gov.tr, 01.11.2012)

Sağlıkta dönüşüm programının Türkiye içerisinde yaygınlaştırma işlemleri içerisinde payı yüksek olan kurum sağlık bakanlığıdır. Halka yönelik olarak sağlıkta dönüşüm programı ile bilgileri anlatmada sağlık bakanlığı ve sosyal güvenlik kurumunun web siteleri önemli bir rol üstlenmiştir.

Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili hizmetlerini şu şekilde sıralamak gerekirse;

- **ALO 113** (Çalışan Güvenliği)
- **ALO 150** (BİMER; Başbakanlık İletişim Merkezi); Her türlü istek, şikâyet, memnuniyetin BİMER web sitesinden e-mail yolu ile bildirimini yapılabilmektedir. Daha sonra gönderilen e-mail' in cevabı kişiye olumlu veya olumsuz olarak sonucu ile birlikte gönderilmektedir.
- **ALO 184** (SABİM; Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)
- **ALO 182 (Hastane Randevu Merkezi, Web Randevu, MHRS Sistemi);** En önemli sağlık hizmetlerindedir. Bu telefon numarası ile vatandaşlar

istediği hastane ve doktordan randevu alabilmektedir. www.mhrs.gov.tr/ web adresinden de randevu alınabilmektedir.

- **Hekim Seçme Hakkı;** Vatandaşların sağlık hizmetini istediği doktordan alabilmesidir. İstediği zaman bu hizmet için hekim değiştirme hakkına sahip olmasıdır.
- **Hasta Hakları Birimleri ve Halkla İlişkiler;** Hastaların sağlık hizmeti alırken ve aldıktan sonra karşılaştıkları sorunları, istekleri ve şikâyetleri bildirebileceği ve birebir muhatap bulabileceği hizmet birimleridir. Sorunun çözüme ulaştırılması ve sonuç olarak memnuniyetin sağlandığı bölümlerdir.
- **ALO 171 (Sigara Bırakma Danışma Hattı)**
- **SBN (Sağlıkta Buluşma Noktası)**
- **SGK (www.sgk.gov.tr);** Bu web adresinden çalışan, işveren, eczane, malzeme ve envanter, emeklilik işlemleri ile ilgili döküm ve bilgilere ulaşılabilir.
- **www.saglik.gov.tr;** Sağlık ile ilgili bilgiler, istatistikler, ilaç fiyatları, ihaleler, duyurular gibi sağlık alanındaki konulara ulaşılabilir.
- **Türkiye Halk Sağlığı Kurumu;** Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı web adresinde her türlü insan sağlığı ile ilgili dikkat edilmesi gereken bilgilere ulaşılabilir.)
- **Havanı Korum (Dumansız Hava Sahası);** Kapalı alanlarda sigara içilmesi yasaklanarak önemli cezai yaptırımlar uygulanmasıdır.
- **Aile Hekimliği Hizmeti;** Her aileye bir aile hekimi hizmeti verilmesidir.

- **Evde Bakım Hizmetleri;** Yatalak durumda olan, hastaneye gelmeye engeli olan hastalar için oluşturulan bir hizmettir. Telefon numarası 444 38 33 ve her yerden ücretsiz aranabilmektedir (Yıldırım, 2011: 457) (www.saglik.gov.tr, 10.11.2012).

Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan eksiklik ve sıkıntıları ortadan kaldıran, kaliteli sağlık hizmeti sunumu açısından sorun değil çözüm üreten, sorumluluk sahibi ve sağlıkla ilgili yapılması gereken işlemleri kapsayan önemli bir programdır. Bunun için titiz bir çalışma ürünü olan sağlıkta dönüşüm programı ile toplumumuzun güven ve desteği ile program başarılı olacaktır (Gümüş, 2010: 19).

Sağlıkta dönüşüm programı vatandaşların gereksinimi olduğu sağlık hizmetini en uygun, kolay erişilebilir ve devamlılığı sağlanacak şekilde, sağlık personelinin de performansı ile oluşacak olan maddi düzeylerin artışına uygun hazırlanan bir sistemdir. Sağlıkta dönüşüm programı hastaların sağlık alanındaki güvenlik ve mahremiyet gibi her türlü yasal hakkı korunarak etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunumu ile tedavinin pozitif bir sonuç alınana kadar tamamlanması sürecini kapsamaktadır (Pekten, 2006: 121).

Sağlıkta dönüşüm programının hazırlandığı 2002 yılından beri Türkiye içerisindeki özel hastane sayısı devlet hastanesi sayısını geçmiştir. Vatandaşlarımızın özel hastanelere başvuru oranı önemli ölçüde artış göstermiştir. Sağlıkta dönüşüm programı ile de muayene kuyukları önemli ölçüde azalmıştır.

2.3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI REFORMLARI

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yıllar içinde yapılan yasalar, kanunlar, uygulamalar aşağıda kronolojik sıra ile verilmiştir

2003

NİSAN -Sağlık Bakanlığına bağlı 10 hastanede performansa dayalı ödeme sistemi pilot uygulaması yapılmıştır.

EYLÜL -Devlet memurlarının sevk almadan özel hastanelere başvuru imkânı tanındı.

2004

OCAK -Devlet hastanelerinde performansa göre ödeme sistemi yaygınlaştırıldı.

OCAK - Sağlık Bakanlığı-Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık tesisleri ortak kullanıma açıldı.

MART -Reçeteli ilaçlarda KDV %18'den %8'e indi.

NİSAN -İlaç fiyat kararnameşi ile referans fiyat sistemi getirildi.

2005

OCAK -Yeşil kartlılar bütün eczanelerden hizmet almaya başladı. Ayaktan tedavi masrafları da kapsam altına alındı.

ŞUBAT -Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık kuruluşlarına sağlık bakanlığına devretti. SSK'lılara tüm sağlık bakanlığı hastaneleri ve serbest eczanelere erişme hakkı tanındı.

MAYIS -İlk Aile hekimi uygulaması Düzce'de başladı.

2006

MAYIS - Sosyal Güvenlik Kurumu kuruldu. SSK-Bağ-kur-ES tek çatı altında toplandı.

2007

HAZİRAN -Sosyal Güvenlik Kurumu SUT (Sağlık uygulama tebliği) yaptı.

TEMMUZ -Birinci basamak hizmetleri tüm vatandaşlara ücretsiz oldu.

2008

OCAK -Yatan hastaların ilaç temini hastaneler tarafından zorunlu hale getirildi.

TEMMUZ -Sosyal Güvenlik Kurumu özel hastanelere sağlık uygulama tebliği fiyatı üzerine en fazla % 30 fark sınırı koydu. Kanser tedavisi acil, yoğun bakım ücretsiz oldu.

EKİM- Genel Sağlık Sigortası sistemi yürürlüğe girdi.

2009

OCAK -Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçe uygulamasına başladı.

2010

OCAK -Kamu personeli genel sağlık sigortası kapsamına girdi. Ocak tam gün yasası TBMM 'de kabul edilip kanunlaştı.

OCAK -Sosyal Güvenlik Kurumu, özel hastanelerin hastadan aldıkları fark ücretlerini belirleyebilmek için özel hastaneleri kendi aralarında sınıflandırma yoluna gitmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığının kriterlerine göre hastaneler A,B,C,D ve E grubuna ayrılmıştır. A sınıfı hastanelerden alınan fark ücreti en fazla % 70, E sınıfı hastanelerden alınan fark ücreti de en fazla % 30 olarak belirlenmiştir. Sonra bu sistem yerine alınan fark ücretine göre sınıflandırma yoluna gidilmiştir. Aynı oranda fark ücretleri ile bu hastaneler yılda 1 kez puan yöntemi ve denetim sonucuna göre hizmet kalitesi düşük olanında daha az ücret farkı alması yönünde bir uygulama yapılmıştır (Sülkü,2011:10 www.saglik.gov.tr, 10.11.2012).

2012

EKİM -Kamu Hastane Birlikleri Yasası yürürlüğe girdi. Bu yasa ile yapılması planlanan çalışmalar şu şekilde sıralanmaktadır;

Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, Bakanlığın ilgili kuruluşu statüsünde birliğe dönüştürülecek. Tasarıyla genel sekreter, tıbbi hizmetler başkanı, idari hizmetler başkanı, mali hizmetler başkanı, uzman ve hastane yöneticisi pozisyonları kapsamında yeni personel alımı yapılacak.

Sunulan hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurularak, aynı ilde birden fazla birlik kurulabileceği gibi birden fazla ili kapsayacak şekilde de birlik kurulabilecek. Birlikler, yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşacak. Birliğe bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilecek.

Hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tabi tutulacak. Değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere 100 üzerinden puan verilmesi ve her yıl değerlendirmenin yenilenmesini kapsayacaktır. Puanlama esası ile hastaneler A, B, C, D ve E olmak üzere 5 sınıfa ayrılacak. Sınıflara ayrılan hastanelerden gruplar oluşturulacak ve bu grubun ağırlıklı ortalaması C ve üzeri olanlar birliğe dönüştürülebilecek. Hastane puanları düşerse birliklerde yönetim kurulu üyelerinin görevleri ile yönetici personelinin sözleşmeleri bitecek (www.saglik.gov.tr,10.11.2012, Sülkü, 2011: 10).

2.4. TÜRKİYEDE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI İLE YAPILAN TÜM ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE PROGRAMA DAİR ELEŞTİRİLER

Türkiye’de 2002 yılı hükümeti ile uygulanmaya başlayan bu sağlık programı, yapılan yeniliklerle beraber toplum içinde olumlu eleştiriler almasına rağmen bu

programa karşı bir takım olumsuz eleştirilerden de nasbini almıştır. Bu olumlu ve olumsuz eleştirilerden kısaca değinmek gerekirse;

Öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye’de yapılan çalışmalarından Yalova örneğine değinilecek olursa; Bu çalışmada eğitim, yaş, cinsiyet ve kişilerin gelir durumları göz önüne alınarak bu programdan memnuniyetlerinin memnun olmayanlara göre daha yüksek çıktığı görülmüştür. Bu çalışmada hastanelerin tek çatı altında birleşmesi, ilaca ulaşmada kolaylık, muayene ve katkı payı gibi sağlık hizmetlerinde yapılan reformlar ile demografik faktör verilerinin bu programdan bu ildeki vatandaşların son derece memnun oldukları fakat sağlık hizmetinden vatandaşların ücretsiz olarak yararlanması gerektiği görüşü ortaya çıkmıştır (Koçak-Tiryaki, 2011: 51-84).

Sağlıkta dönüşümle ilgili olumlu görüşler ise Sağlık Bakanlığının 2003 yılından günümüze kadar her yıl programla ilgili ve sağlık hizmetlerindeki güncel her türlü bilgiyi içinde barındıran ilerleme raporları ile kamuoyunun bilgisine sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri ile ilgili her türlü sayısal veriye kolayca ulaşılabilir. Yıl içinde ve yıllar içinde yapılan sağlık alanındaki değişiklikler tablolar yardımıyla gösterilmektedir. Sağlık alanında yapılan her türlü harcama ve yeniliklerde bu raporda yer almaktadır. Ayrıca; yılsonunda sağlıkta dönüşümle ilgili ileriye dönük yapılacak hedefler hakkında da bilgi veren bir rapor özelliği taşımaktadır (www.saglik.gov.tr).

Bu arada program; çok sayıda eleştiri alan bir yenilik programıdır. Hekimler ve sağlık çalışanları, bilim adamları ilk zamanlardan beri programı eleştirmektedirler. Bu eleştirilerden bazı önemli örnekler vermek gerekirse; Tek çatı altında birleşmenin sürdürülemez olduğu ve katkı payı oranında değişiklik yapılması gerektiğine dair eleştiriler bulunmaktadır. Bunun yanında; Sosyal Güvenlik Kurumunun iş yükünün en aza indirilebilmesi için sağlığa ödenen katkı payının azaltılması ile birlikte ödenen primlerin azaltılması gerektiğine dair eleştirilerde bulunmaktadır. Bu da katkı payı vermeyen ve prim borcu olan vatandaşların temel ihtiyacı olan sağlık hizmetini

alamaması ile vatandaşlar açısından olumsuz durumlara neden olunacağını göstermektedir (Elbek-Adaş, 2009).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE HASTA MEMNUNİYETİ

3.1. MEMNUNİYET KAVRAMI

Memnuniyet; hizmetin kalitesine göre belirlenen bir göstergedir. Memnuniyetin olabilmesi için öncelikle bir kişi ya da müşteri diye adlandırılan bir var oluşa gerek duyulmaktadır (Yılmaz, 2001: 69-70).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti konusuna değinilmeden önce hasta memnuniyeti kavramının ne olduğu incelenmelidir.

3.1.1.Hasta Memnuniyeti Nedir?

Memnuniyete ilişkin tarihsel sürece bakılacak olursa ilk defa 1956 yılında ABD'de hemşirelik hizmetleri kapsamında ele alınmıştır. Türkiye'de ise sağlık kuruluşlarına ilişkin hasta memnuniyeti kavramına 1960 yılının son zamanlarında başlandığı görülmektedir (Özmen, 1999: 533).

Sağlık hizmetlerinde özellikle Sağlıkta dönüşüm programıyla özel ve kamu sağlık kuruluşlarında rekabet ortamı oluşmuştur. Rekabetle birlikte kavramı gündeme gelmiştir. Sağlık sunumunun kaliteli olarak verilmesi ile hastalara güvenilir bir ortamda bu hizmetlerin ulaştırılmasını da zorunlu hale getirmiştir.

3.1.2. Hastaların Algıladığı ve Beklediği Kalite Anlayışı

Hastaların hastalığına ilişkin konulacak tanı ve teşhis ile birlikte uygulanacak tedavi sürecinde bekledikleri sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacakları, sağlık hizmetleri alınırken karşılaşılabilecek sorunlar, sorunların giderilmesi gibi kalitenin yüksek

tutulması için yapılacak tüm çalışmalar önemlidir. Hasta beklentileri ve algılanan kalite üç aşamada özetlenebilir; (Eryoldaş, 1998:145).

Hastaların beklentilerinin sağlık hizmetlerine erişim esnasında algılanan kaliteden yüksek olması durumunda hizmetlerin karşılanmasını memnun kılmayabilir.

Hastaların beklentileri ile sağlık hizmetlerine erişim sürecinde algılanan kalite eşit durumda olması durumunda hastaların memnun kaldığı söylenebilir.

Hastaların beklentilerinin sağlık hizmetlerine erişim sürecinde algılanan kaliteden düşük olması durumunda hasta beklentilerinin tamamının karşılandığı ve beklenen kalite üzerinde bir kalite ile hizmete eriştiği anlaşılır.

Türkiye’de uygulanan sağlık hizmetlerine olan talebe ilişkin hastaların sahip oldukları haklar Hasta Hakları Yönetmeliği’nde açıkça ve tüm yönleriyle belirtilmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği ile hastalara sunulan tüm haklar normalde de olması gereken hastaların beklenti düzeyleri olarak belirtilebilir (Çoruh, 1998: 4).

3.1.3. Hasta Memnuniyeti ile Kalite Arasındaki İlişki

Memnuniyette en önemli aşama hasta memnuniyetinde yapılan bakımın kalitesidir. Kalite kişiden kişiye değişebilen farklı görüşleri içinde bulunduran tanımlanması zor bir kavramdır. Genel bir tanım ile açıklamak gerekirse; “Kalite yapılan iş ya da hizmetlerin belirlenmiş olan ya da belirlenecek ihtiyaçların karşılanması yeteneğine bağlı olan özellikler bütünüdür” (Akdağ, 2010:1, www.saglik.gov.tr, 10.11.2012).

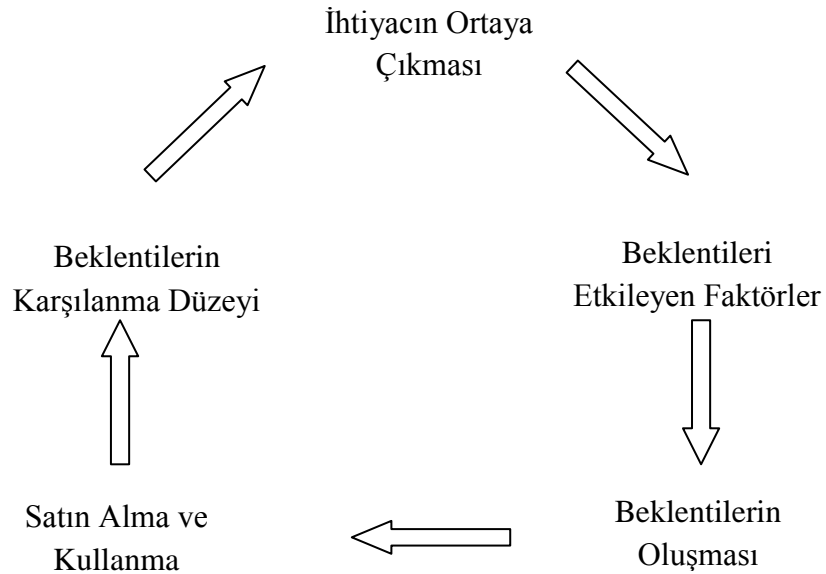
Kalite ve hasta memnuniyeti üzerine çalışan en önemli bilim adamlarından biride Avedis Donabedian’dır. Donabedian’ın yaptığı çalışmalara bakıldığında; kalitenin farklı ama birbirine bağlı çok fazla parçadan oluştuğunu dile getirdiği

gözlemlenmektedir. Bu parçaların yapı, süreç ve sonuçtan oluştuğunu söylemiştir (Akdağ, 2010: 2, www.saglik.gov.tr, 10.11.2012).

Bütün bu tanımlar ışığında hasta memnuniyetinin önemine bakıldığında; memnuniyetin sağlık hizmetlerinin bir çıktısı olduğu, sağlık bakım hizmetleri yapısı, süreci ve sonucu hakkında yararlı bilgiler sağladığı, sağlık hizmetinden memnun olan, memnun olmayan farklı davranışlar sergileyen kişiler ortaya çıkmaktadır.

3.1.4. Hasta Memnuniyetini Oluşturan Durumlar ve Memnuniyetin Karşılama Süreci

Bu durum üç şekilde özetlenebilir; İlki hastayı ilgilendiren etkenler, ikincisi hizmeti sunan sağlık personelini ilgilendiren etkenler, üçüncüsü de çevre ve sağlık kurumuna bağlı durumlardır. Bu durumları incelemeden önce memnuniyetin karşılama sürecinin işleyişini şekli yardımı ile aşağıdaki gibi gösterilebilir (Kavuncubaşı, 2000: 291).



Şekil 4: Hasta Beklentilerinin Oluşması ve Karşılama Süreci (Bostan, Sağlık Hakkı Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, 2006)

Hastaların memnuniyetlerinin değerlendirilmesinde aşağıdaki ilişkiler önemli kriterlerdir.(Devebakan,2005:543)

- Hasta - Doktor ilişkisi
- Hasta - Hemşire ilişkisi,
- Hasta - Diğer hastane personeli ilişkisi
- Bilgilendirme,
- Beslenme Hizmetleri,
- Fiziksel ve çevresel koşullar,
- Bürokrasi,
- Güven
- Ücret

Bu ilişkiler içerisinde önemli olan durumlara değinmek gerekirse;

3.1.4.1. Hasta ile İlgili Memnuniyet Durumları

Hastaların memnuniyet düzeyleri yaş, cinsiyet, etnik köken, sosyal yaşamı, eğitim seviyesi ve sağlığı ile ilgili durum faktörlerine göre değişir (Türk Aile Hek. Derg. 2009; 13(2): 93-98).

Hastanın beklentilerine göre memnuniyet düzeyleri değişmektedir.

Cinsiyet konusunda yapılan çalışmalarda; cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki bağı bulunamadığının gözlemlendiği görülmektedir (Özmen, 1990: 532, Okumuş, 1993: 178).

Eğitim düzeyinde yapılan çalışmalarda ise eğitim seviyesi yüksek olanlarda memnuniyetin az olduğu belirlenmiştir (Esatoğlu, 1996: 62, Özmen,1990: 532). Farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda ise; eğitim düzeyi yüksek olanlarda memnuniyet de artış gözlenmiştir (Yılmaz, 2000: 70). Bazı araştırmacılar da eğitim

seviyesinin memnuniyetle ilgisinin olmadığını görüşünde fikir birliğine varmışlardır (Akyol,1993: 82, Okumuş, 1993:175).

3.1.4.2. Hizmeti Sunan Sağlık Personelini İlgilendiren Durumlar

Sağlık hizmeti veren kişilerin anlayışlı, ilgili, becerikli, vicdan sahibi olmaları ve bu davranışlarını belirtme biçimleri memnuniyet açısından önemlidir.

Hastaların yeterli oranda bilgi sahibi olmaları güven açısından gereklidir. Bu durumla ilgili araştırmalar yapılmış olup yeterli bir şekilde bilgilendirme yapılan kişilerin sağlık personeline olan güvenleri ve memnuniyet düzeylerinde artış gözlenmiştir (Uz 1997: 113, Yılmaz, 2000: 72).

Sağlık alanında memnuniyet artışı için hemşire ve hemşirelik hizmetlerinde verimlilik gerekmektedir. Hastaların sağlık merkezlerinde kaldıkları süre içerisinde hemşirelik hizmetlerinden memnun olmaları önemli bir durumdur. Hemşirelere bu durumda büyük sorumluluk düşmektedir. Hemşirelik hizmetleri memnuniyet için en önemli etkenlerdendir.

3.1.4.3. Çevre Şartlarına ve Sağlık Kurumlarına Bağlı Durumlar

Hastaların sağlık kurumlarına rahat bir şekilde ulaşabilmesi, poliklinik hizmetlerinde ve acil servislerde sıra beklenmemesi, yataklı servislerin kullanışlı ve rahat olması, yatan hastalar için otelcilik hizmetlerinin kalitesi, çalışanlar ve hasta yakınları için otopark sorunu olmayan bir kurum olması gibi durumları kapsamaktadır. Bütün bu durumların sağlanması ve ayrıca hastaların huzuru ve güvenliği için önemli noktalardır. Tüm bu olanaklar memnuniyeti artıran etkenlerdendir. Bu hizmetler sağlanarak memnuniyet önemli derecede artacağı söylenebilir. Hastaların memnuniyet düzeyleri anketler yardımıyla ölçülerek sağlanabilir. Böylece kurumun hizmet kalitesi ve standardı için yarar sağlanacağı

söylenbilir. Çıkan sonuçlar yardımıyla kurum için hastaların olumlu ya da olumsuz her isteği, talep ve şikâyetleri için çözüm yolları açısından kurum açısından önemi büyüktür (Devebakan, 2005: 543-553).

3.2. HASTA MEMNUNİYETİNİN ÖLÇÜLMESİ VE UYGULANAN YÖNTEMLER

Hasta tatmini ile ilgili araştırma yöntemleri kalitatif ve kantitatif olarak ikiye ayrılmaktadır. Odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları kalitatif araştırmalarda kullanılan ölçme teknikleridir. Hasta memnuniyeti konusunda yapılan ölçme ve değerlendirme çalışmalarında; dolaylı ve dolaysız olmak üzere iki temel yöntem kullanılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 291-292).

Dolaysız yöntemler; Tatmin düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu Yazılı anket, Yüz yüze görüşme, Telefon anketi gibi yöntemleri içermektedir.

Dolaylı yöntemler; Memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, ancak gerek hasta şikâyet ve teşekkürler gibi hastanın kendiliğinden verdiği geribildirimler, gerek hasta başına düşen hemşire sayısı gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemleri ifade etmektedir.

Bu yöntemlerin yanında hizmet kalitesi ölçüm modelleri de bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır;

Servqual Modeli

Serperf Modeli

Kalite Fonksiyon Göçerimi (KFG) Kavramı'dır.

3.2.1. SERVQUAL Modeli

Hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetinin ölçümünde yaygın olarak kullanılmakta olan SERVQUAL yöntemi 1983 – 1990 yılları arasında Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiş ve hizmet kalitesi ölçümünde bir standart olarak kabul edilmektedir. SERVQUAL modeli 22 maddeden oluşan beklentiler-algılamalar yapısından oluşan çiftli bir gruptur. Yapılan araştırma sonuçlarına göre müşterilerin hizmet kalitesini nasıl algıladıklarına ilişkin birçok kavram ve önerme ortaya çıkmıştır. Ölçeğin geliştirilmesi süreci sonunda “Fiziksel Özellikler”, “Güvenirlilik”, “Heveslilik”, “Güven”, “Empati” şeklinde ifade edilen beş hizmet kalitesi boyutu oluşturulmuştur. Ölçek ile müşteri memnuniyeti değerlendirmelerinde, müşterinin hizmetten beklediği performans ile tüketim tecrübesi neticesinde hizmetin gerçek performansı arasındaki algıyı ölçmeyi temel almıştır (Devebakan, 2005: 543-553).

Bu yöntemle Türkiye’de yapılan çok fazla araştırmanın bulunduğu söylenebilir. Bu model ile yapılan araştırmalarda hizmet kalite ölçümlerinin geçerliliği ve güvenilirliği konusunda gerçeğe yakın çalışmaların sayıca az olduğu söylenmektedir (Gürbüz, 2008: 785-812).

Farklı sosyal ortamlarda yetişen toplumların bu geliştirilmiş olan bu modeli kullanmadan önce geçerlik, güvenirlik yanında uygulanabilir olup olmaması ile ilgili yeterli araştırmaların yapılması modeli için büyük fayda sağlayacaktır (Koçak, 2004).

Bu modelin uygulanmasındaki amaç; algıdan elde edilen değer ile beklenti değeri arasındaki farkın sonucunun pozitif olmasının beklentinin karşılandığını, negatif çıkması ile de beklentinin karşılanmadığı sonucuna varılmasıdır.

Bu hizmet ölçümü modelinde uygulamada tercih edilebilecek teknikler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

1- Yüz Yüze Görüşme

Hastanenin insan kaynaklarıyla

Anketörler eliyle (hizmet alımı)

2- Posta Anketi

3- Telefon Anketi

4- İnternet Ortamında Uygulanan Memnuniyet Anketi

5- E-Mail ile Uygulanan Anketlerdir (Söylemez, 2009:110).

1- Yüz yüze görüşme

En yüksek cevaplanma oranına sahip anket uygulama tekniği olma özelliğine sahiptir Örneklem büyüdükçe maliyet artmaktadır (Kavuncubaşı, 2007: 285)

Uygulanması halinde dikkat edilmesi gereken hususlar;

Anketör cevaplayıcının anlamadığı noktaları açıklamalıdır.

Anketin önemini anlatarak, gizlilik konusunda güvence vermelidir.

Soruların cevaplanma süresi üzerinde kontrolü olmalıdır.

Boş bırakılmış soru bulunmamasına dikkat edilmelidir.

Anket sonuçlarının tarafsız olmasına dikkat edilmelidir.

Yanıtlarda yanlışlık hususunda dikkatli olunmalıdır.

Görevli kendini tanıtmalı ve hastayı yönlendirecek davranışlardan kaçınmalıdır.

Anketlerin, anketöre veya personele yaptırılması halinde kısa süreli bir eğitim verilmelidir.

Anketin özellikleri ve uygulama esasları hakkında verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

Yatan hasta memnuniyet anket uygulaması hasta taburcu edileceği gün yapılmalıdır.

Ayaktan hasta memnuniyet anketi uygulaması, hastanın işlemleri sonlandırıldıktan sonra yapılmalıdır (Kavuncubaşı, 2007: 285).

2- Posta Anketi

Posta anketleri, soru kâğıtlarının hedef kitle tarafından doldurulduğu ve en az kaynak gerektiren anketlerdir (Kavuncubaşı, 2007: 285).

Uygulanması halinde dikkat edilmesi gereken hususlar;

Posta yoluyla gönderilecek anket için kapak hazırlanmalıdır. Kapakta; Hastanenin adı, anketin adı, kısaca nasıl uygulanacağı, teslimatın nasıl yapılacağı, teslim tarihi, iletişim adresi ve zarfın ücretsiz olarak gönderilebileceği belirtilmelidir. Başhekimin adı yer almalıdır. Ayrıca, okuma yazma bilmeyenlerden yanıt alınması durumunda yanıtlayıcıya müdahaleden kaçınılması (doğru yanıt almanın önemine dikkat çekilerek) gerektiği belirtilmelidir.

Örnekleme tespitinde anket uygulanacak kişilere hastane kayıtlarından ulaşılması gerekmektedir.

Okuma yazma bilmeyenleri kapsam dışı tutmak gerekebilir.

Soru seti gönderilen kişiye yanıtlayıp formları göndermesi için hatırlatmalar yapılmalıdır.

Anket gönderilen kişilere telefonla hatırlatma yapılmalıdır. Hatırlatmalar gerekli durumlarda telefonla (zamanında gönderilmesi için en az 2 kez) veya mektup vasıtasıyla yapılmalıdır. Bunun için standart hatırlatma mektupları (anketli) hazırlanmalıdır.

Anket (soru seti), hasta taburcu edileceği gün verilir ve evde doldurması istenir.

Anket(soru seti) kapalı zarf ile birlikte hastaya teslim edilmelidir.

Hastaneler, soru seti uygulanacak kişilere soru setini zarfıyla birlikte ücretsiz olarak postalayabilme imkânı sağlamalıdır (Kavuncubaşı, 2007: 285-400).

Dezavantajı ise; Anketlere cevap vermede en az geri dönüş olmasıdır.

3- Telefon Anketi

Cevap verme oranı düşük maliyeti yüksek olabilecek bir uygulama tekniğidir. Soruların sayıca çok olması yanıtlanma sürecinin yavaş ilerlemesine neden olmaktadır (Kavuncubaşı, 2007: 285-400).

Uygulanması halinde dikkat edilmesi gereken hususlar;

Bu türden bir teknik hastane için maliyetli olabilecektir.

Soru sayısından ötürü yanıtların güvenilirliği azalabilecektir.

Hasta veya yakınlarının eğitim durumu görüşmenin seyrini olumlu veya olumsuz etkileyebilir.

Telefonu bulunmayan hasta veya yakınları kapsam dışında olacaktır.

Anketörlere ayrıca eğitim verilmesi gerekmektedir (Kavuncubaşı, 2007: 285-400)

4- İnternet Ortamında Uygulanan Memnuniyet Anketi

İnternet kullanımının yaygınlaşması ile çok sık kullanımıyla başlanan bir yöntemdir. Avantajları ve Dezavantajları şunlardır (Kavuncubaşı, 2007: 285-400).

Avantajları

Çok sayıda kişiden minimum maliyetle bilgi almak mümkündür.

Anketör olmadığı için, anketörün anket uygulanan kişinin vereceği cevapları etkilemesi söz konusu değildir.

Anket uygulanan kişiler, kimlikleri gizli kalacağından soruları doğru ve samimi bir şekilde cevaplandırabilirler (Kavuncubaşı, 2007: 285-400).

Dezavantajları

Sadece internet kullanıcıları üzerinden tesadüfen örnekleme seçilebilir.

Anket formunun gönderildiği kişi gözlenemediği için sorulara karşı tepkisi öğrenilemez. Ayrıca her sorunun anlamını cevaplayıcıların her birinin anladığını bilmek güçtür.

Soruların kimin cevapladığı bilinemez.

Anket sonuçları bütüne yönelik değil, sadece ankete katılanlar için değerlendirilebilir (Kavuncubaşı, 2007: 285-400).

Anket Uygulanamayacak Kişiler

Ayaktan ve Yatan Hasta memnuniyet anketlerinin uygulanamayacağı kişiler;

16 yaşından küçükler (yakınlarına uygulanır)

Terminal dönemdeki hastalar

Cevaplamak istemeyenler

Psikiyatri hastalarına

Diyaliz hastalarına anket çalışması uygulanamayacak kişilerdir (Kavuncubaşı, 2007: 285-400).

3.2.2. SERPERF Modeli

Hizmet kalite ölçüm modellerinden biri olan bu model servqual modelinin ölçüm açısından yetersiz olduğunu düşünen Cronin ve Taylor tarafından önerilen bir model olduğu görülmektedir. Burada sadece hizmet kalitesinde performansın etkili olduğunu vurgulanmıştır. Kalite için yeterli olanın hizmet performansı olduğunu ileri süren bir modeldir. Beklentiler hiçe sayılmaktadır. SERPERF yöntemi SERVQUAL yöntemindeki beş boyutlu ve 22 madde kuralından temel almaktadır. Ancak bu model beklenti ve algı ikilisini dikkate değer almaz ve müşterilerin yalnızca hizmet kalitesi algılamasını ölçmektedir. Bu model SERVQUAL'a göre soru sayısını yarıya indirdiği gözlenmektedir (Yıldız, 2008).

3.2.3. Kalite Fonksiyon Göçerimi Modeli

Bu model farklı isimlerde kullanılmasına rağmen genellikle kalite fonksiyon yayılımı olarak adlandırılmaktadır (Yenginol, 2002: 34).

Kalite Fonksiyon Göçerimi tanımı şu şekilde yapılabilir; Kişilerin beklenti ve arzularının belirlenmesinde, eğer algıda sorun varsa; temel gereksinimlerinin ortaya çıkarılmasında, bu gereksinimlerin örgüt içinde tüm fonksiyonel yapı birimlerindeki mal ve hizmet olarak dönüşümünü sağlayan ve deneyimli bir grup tarafından yürütülen, ayrıntılı bir yapısı olan, güçlü, esnek ve herkes tarafından kolayca anlaşılır bir mal ve hizmet oluşturma yöntemi olduğu söylenebilir (Akbaba, 2000: 3).

Türkiye' de uygulanan kalite fonksiyon göçerimi modeli ilk olarak beyaz eşya üreticisi Arçelik firması tarafından 1994 yılında gerçekleştirilmiştir (Akbaba, 2000: 1).

Kalite Fonksiyon Göçerimi modelini uygulayan kuruluşlarda kalite ile yaşanan sorunlardan meydana gelen maddi açıdan zarara uğrama dışında görsel tasarım, üretim ve hizmet ile ilgili masraflarının da büyük oranda azaldığı görülmektedir (Özkan, 2002: 63).

Kalite Fonksiyon Göçerimi modelinin uygulandığı kuruluşlarda tasarım, hammadde için aracı firmalar, üretim ve pazarlama bölümleri arasındaki işbirliği ile artışın sağlandığı gözlemlenmektedir (Başaran, 2002: 126). Kalite Fonksiyon Göçerimi müşteri isteklerinin yerine bu modelin getirilmesinde görevli tüm ekibi ve yönetimi kullanarak tüm bölümlerde işbirliğini sağlayarak toplam kalite yönetiminin oluşmasına ve uygulanmasına imkân sunmaktadır (Özdi, 2002: 171).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE TARTIŞMA

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmanın amacı; 2002 sonrası Avrupa Birliği Uyum Süreci çerçevesinde geliştirilen sağlıkta dönüşüm programının Türkiye’de uygulanması ile sağlık sistemindeki değişikliklerden ve sağlık hizmetlerinde yapılan yeniliklerden memnun olup olmadıklarının belirlenmesidir.

Araştırmanın önemi ise; yapılan dönüşüm programı ile toplumun sağlık alanındaki yeni değişikliklerle ilgili bilgileri sınamak ve yeni sistem için memnuniyet düzeylerini belirlemektir.

4.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE UYGULANMASI

Bu çalışmada anket uygulaması için Ankara ilindeki iki ayrı özel hastaneye başvuran toplam 350 hasta kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Hastanelerin tüm hastalarına rahatsızlık boyutuna bağlı olarak mümkün olmadığı için, her gün için günün farklı bir saati seçilerek, dört hafta boyunca, hastaneye başvuran hastalar arasından anket için uygun olarak belirlenen ve özel iki hastaneye başvuran toplam 350 hastasından toplanan veriler hipotezlerin testinde kullanılmıştır. Hastaneler isimlerinin kullanılmasına müsaade etmemişler ve yapılan alan araştırmasına bu şartla müsaade etmişlerdir. Sonuç olarak özel işletme oldukları için bu hastanelerin rakipleri tarafından anket sonuçlarının aleyhlerine kullanılmasından endişe ettiklerini açıkça belirtmişlerdir.

Araştırma için verilerin elde edilmesinde anket yöntemi uygulanmıştır. Anket yöntemi ile elde edilen veriler ışığında, hastaların 2002 sonrası Avrupa Birliği Uyum

Süreci ile geliştirilen Sağlıkta dönüşüm programı hususunda memnuniyet düzeyleri belirlenmiştir.

Bu çalışmadaki anket çalışması 22 Temmuz 2012 ve 22 Ağustos 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Eylül 2012 tarihi itibari ile anketler gözden geçirilmiş, değerlendirilmiş ve 350 kişinin de anketi geçerli sayılmıştır.

Ankara ilinde merkezde hizmet veren 2 özel hastaneye başvuran 350 hastaya anketler tek tek ve hastalarla yüz yüze olarak uygulanmıştır.

Anket soruları hazırlanırken ilgili literatürden ve benzer araştırmalardan yararlanılmıştır. Anketin hazırlanmasından önce ön anket yapılmış, ön anket sonucunda hastaların konuyu nasıl algıladıkları ve hangi tür soruları cevaplayabildikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Alan çalışmasına başlamadan önce 30 kişilik bir hasta grubuna pilot çalışma uygulanmış ve hastalardan alınan yanıtlar doğrultusunda anket sorularının anlaşılıp anlaşılmadığı saptanarak ankete son şekli verilmiştir. 350 kişiye anket uygulanarak araştırma sürdürülmüştür.

Anket formu toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Sorular; SERVQUAL modelini kullanarak hastaların memnuniyet düzeylerine ilişkin ve çoktan seçmeli sorular olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır.

- Birinci bölüm (1-2-3-4-5-6-7. sorular) hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanmıştır.

- İkinci bölüm (8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20. sorular) hastaların memnuniyet düzeyinin belirlenmesine yardımcı olacak biçimde hazırlanmıştır. Bu bölümdeki sorular SERVQUAL modeline göre hazırlanmıştır.18.soru ise anketin bağımlı değişkenidir. Anketteki 8-16. arası sorular ve 19. ve 20.sorular Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan yeniliklerden hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik sorulardır. 17. ve 18.sorularda hastaların sağlıkla ilgili kişisel görüşleri ve hastaların sağlıktaki yeniliklere ait memnuniyet düzeylerine yönelik

sorulardır.8. ve 16. arası sorular ve 18.soru ise anketin sonuç kısmına ışık tutacak sorudur.

SERVQUAL modeline göre hazırlanan sorularda modelin seçenekleri 8. ve 14.sorular ile 19. ve 20.sorularda; Evet, Çok Memnunum, Kısmen Memnunum, Memnun Değilim, Hiç Memnun Değilim, Bilgi Sahibi Değilim şeklindedir. 15.,17.,18.soruların seçenekleri ise; Kesinlikle Evet ,Kısmen Evet ,Hayır ,Kesinlikle Hayır ,Kararsızım şeklinde,16.soruda ise; Çok Yüksek ,Kısmen Yüksek ,Yüksek Değil ,Kesinlikle Yüksek Değil , Kararsızım şeklinde hazırlanmıştır.

Örnek büyüklüğünün tespit edilmesi ve benzer çalışmalar incelendiğinde daha çok kullanılan kolayda örnekleme yöntemi seçilmiştir. Kolayda örnekleme; çok miktarda veriye hızlı yoldan ulaşma imkânı sağlayan bir yöntem olduğu için bu çalışmada tercih edilen bir yöntemdir.

Anket formunda 20 soru sorulmuştur. Sorular çoktan seçmelidir.

Cinsiyetiniz?

Yaşınız?

Medeni durumunuz*

Sağlık güvenceniz?

Aylık Geliriniz?

Genellikle tercih ettiğiniz hastane türü nedir?

Kronik hastalığınız var mı?

2002'den sonra SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'un tek çatı altında birleşmesinden memnun musunuz?

2002'den sonra tüm hastanelere gidebilmekten memnun musunuz?

Yeşil kartlı hastaların ilaçlarının devlet tarafından ödenmesinden memnun musunuz?

2002'den sonra SSK'lı ve Bağ-Kur'lu hastaların ilaçlarının hastane dışında eczaneden alınmasından memnun musunuz?

2002'den sonra hastaların hekim seçme hakkından memnun musunuz?

Devlet ve üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin muayenehanelerinin kapatılıp tam zamanlı çalışmasından memnun musunuz?

Aile hekimliğine geçilmesinden memnun musunuz?

2002'den sonra hastaneye ve ilaca daha kolay eriştiğinizi düşünüyor musunuz?

Hastaneye ve ilaca ödediğiniz katkı payı sizce nasıl?

2002'den sonra hekimlerin ve sağlık çalışanlarının hastalara daha güler yüzlü ve daha itinalı davrandığını düşünüyor musunuz?

2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?

2002'den sonra sevk kâğıtsız sadece T.C. numaranız ile hastane hizmeti almaktan memnun musunuz?

Hastaneye gidemeyecek durumda olan yatağa bağımlı hastalara verilen evde sağlık hizmetinden memnun musunuz?

4.2.1.Verilerin Analizi

Anketler uygulandıktan sonra anket formları bilgisayara girilebilecek bir veri düzeyine getirilmek üzere kodlanmıştır. Kodlanan veriler Statistical Package for the Social Science (SPSS) 15.0 for Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Anketlerden elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistik teknikleri olarak; frekans dağılımları hastaların demografik özellikleri ile SERVQUAL modeline göre hazırlanan sorularda tek tek ele alınıp, aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanmış verilen cevapların ortalamadan ne kadar saptığı belirlenmiştir. Hastaların sağlık hizmeti aldıkları kuruluşu seçme kriteri ve sağlıkta dönüşüm programı ile yapılan yeniliklerden hastaların memnuniyet düzeyleri ile bu programın başarılı olup olmamasının değerlendirilmesi için çapraz tablolardan ve ki-kare testinden yararlanılmıştır. En küçük anlamlılık düzeyi 0,10 olarak alınmıştır. İstatistikî değerlendirmeler sonucunda elde edilen çapraz tablolar ve ki-kare değerleri hesaplanmıştır. Çıkan sonuçlara göre hastaların memnuniyet düzeyleri değerlendirilmiştir.

4.2.2.Anketlerin Geçerliliği ve Güvenilirliğinin Analizi

Araştırmanın amacına hizmet edebilmesi açısından, araştırmanın analiz çalışmalarından önce güvenilirliği ve geçerliliği ölçülmüştür. Anket çalışmasının güvenilirlik analizi SPSS 15.0'da yapılmıştır ve güvenilirlik katsayısı olarak Alpha değeri kullanılmıştır.

Güvenirlilik Analizi Sonuçları;

Cronbach's Alpha (α değeri)=0.916 olarak bulunmuştur.

$0,00 < \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 < \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 < \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güveniliridir.

$0,80 < \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güveniliridir.

Güvenirlilik analizi içinde iç tutarlılık katsayısı $\alpha = 0.916$ olup yüksek derecede güveniliridir. Sorular tutarlı olarak yanıtlanmıştır.

4.3.ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Ankete katılan 350 kişinin sosyo-demografik özelliklerine göre Avrupa birliği uyum sürecinde Türkiye’de Sağlıkta dönüşüm programından hastaların memnuniyet düzeylerine ilişkin değerlendirmelerin dağılımı aşağıda tablolar ve yüzdeler şeklinde verilmiştir:

Katılanların cinsiyete göre dağılımı Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Kadın	208	59,4
Erkek	142	40,6
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin; % 59,4’ü (208 kişi) kadındır, % 40,6’sı (142 kişi) erkektir.

Ankete katılan kişiler arasında kadın hastaların erkek hastalardan % 18,8 daha fazladır.

Katılanların yaşlara göre dağılım Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5: Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
25 ve Altı	96	27,4
26-35	176	50,3
36-45	64	18,3
46-55	14	4,0
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin:

% 50,3’ü 26 – 35 (176 kişi) yaş aralığındadır.

% 27,4’ü 25 ve Altı (96 kişi) yaş aralığındadır.

% 18,3’ü 36-45 (64 kişi) yaş aralığındadır.

% 4’ü 46-55 (14 kişi) yaş aralığındadır.

Her biri kesikli olan yaş gurupları değişkenlerini birikimli olarak değerlendirecek olursak hastalardan 25 ile 35 yaş arasında yer alanlar, ankete katılanların %77,7’si kadardır. 25 ile 45 yaş arasında yer alanlar ise ankete katılanların %96’sı kadardır. Buradan katılımcıların çoğunluğunun genç olduğu söylenebilir.

Katılanların medeni durumlarına göre dağılım Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Ankete Katılanların Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evli	180	51,4
Bekâr	170	48,6
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;
 % 51,4'ü (180 kişi) Evlidir.
 % 48,6'sı (170 kişi) Bekârdır.

Ankete katılan kişiler arasında evli olanlar bekâr olanlardan %2,8 kişi daha fazladır.

Katılanların Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Ankete Katılanların Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Emekli Sandığı	6	1,7
SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu)	340	97,1
Bağ-Kur	2	,6
Sağlık Güvencem Yok	2	,6
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;
 %1,7'si Emekli Sandığı
 %97,1'i SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu)
 %0,6'sı Bağ-Kur

%0,6'sının Sosyal Güvencesi Yok'tur.

Ankete katılan 350 hastanın 2 tanesinin sigortası bulunmayıp, ücretli olarak sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadırlar. Ankete katılan hastaların yoğun olarak “SSK” sağlık güvencesinden faydalandıkları yorumu yapılabilir.

Katılanların Aylık Gelirlerine Göre Dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Ankete Katılanların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Geliri Yok	6	1,7
700 TL ve Altı	26	7,4
701-1500 TL	244	69,7
1501-2500 TL	60	17,1
2500 TL ve Üzeri	14	4,0
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 1,7'sinin (6 kişi) aylık geliri yok

% 7,4'ünün (26 kişi) aylık geliri 700 TL ve Altı

%69,7'sinin (244 kişi) aylık geliri 701-1500 TL

%17,1'inin (60 kişi) aylık geliri 1501-2500 TL

% 4'ünün (14 kişi) aylık geliri 2500 TL ve Üzeri'dir.

Buradan ankete katılan kişilerin daha çok 701-1500 TL aylık gelir grubunda oldukları söylenebilir.

Katılanların Genellikle Tercih Edilen Hastane Türüne Göre Dağılımı Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Genellikle Tercih Edilen Hastane Türüne Göre Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Devlet Hastanesi	114	27,8%
Özel Hastaneler	136	33,2%
Kamu Üniversitesi Hastaneleri	30	7,3%
Vakıf Üniversite Hastaneleri	82	20,0%
Sağlık Ocağı	28	6,8%
Aile Hekimi	20	4,9%
Toplam	410	100,0%

NOT: Çoklu anket sorusunu değerlendirirken, hastalar soruya birden fazla cevap verebilmişlerdir.

Ankete katılan kişilerin;

%27,8'i (114 kişi) Devlet Hastanesi

% 33,2'si (136 kişi) Özel Hastaneler

% 7,3'ü (30 kişi) Kamu Üniversitesi Hastaneleri

% 20'si (82 kişi) Vakıf Üniversite Hastaneleri

% 6,8'i (28 kişi) Sağlık Ocağı

% 4,9'u (20 kişi) Aile Hekimi cevabını vermişlerdir.

Ankete katılan kişilere yapılan çalışma iki özel hastanede yapıldığından hastalar zaten özel hastaneye gelerek tercihlerini yapmış bulunmaktadır. Anket sorusunda diğer sağlık kurumlarına gitme sıklıklarını sormak ve karşılaştırma yapmak amacıyla genellikle tercih ettikleri hastane türünü belirlemeleri istenmiştir.

Yapılan çalışma ile hastaların gözlem sayıları ve yüzdeleri dikkate alındığında yaklaşık %33,2'sinin özel hastaneleri tercih ettikleri söylenebilir.

Katılanların Sürekli Tedavi Gerektiren Hastalığı Olanlara İlişkin Dağılımı Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Sürekli Tedavi Gerektiren Hastalığı Olanlara İlişkin Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evet	26	7,4
Hayır	324	92,6
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 7,4'ü (26 kişi) Evet

%92,6'sı (324 kişi) Hayır cevabını vermişlerdir.

Ankete katılanlardan; 26 kişinin sürekli tedavi gerektiren hastalığı olduğu sonucu çıkmaktadır.

Katılanların 2002'den Sonra SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu), Emekli Sandığı, Bağ-Kur'un Tek Çatı Altında Birleşmesinde, Hastaların Durumla İlgili Görüşlerine İlişkin Dağılımı Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: 2002'den Sonra SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu), Emekli Sandığı, Bağ-Kur'un Tek Çatı Altında Birleşmesinde, Hastaların Durumla İlgili Görüşlerine İlişkin Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evet, Çok Memnunum	140	40,0
Kısmen Memnunum	124	35,4
Memnun Değilim	20	5,7
Hiç Memnun Değilim	16	4,6
Bilgi Sahibi Değilim	50	14,3
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 40'ı (140 kişi) Evet, Çok Memnunum

% 35,4'ü (124 kişi) Kısmen Memnunum

% 5,7'si (20 kişi) Memnun Değilim

% 4,6'sı (16 kişi) Hiç memnun Değilim

% 14,3'ü (50 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların sosyal güvencelerinin tek çatı altında toplanmasından çok memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların 2002'den Sonra Hastaların Tüm Hastanelere Gidebilme Durumuyla İlgili Görüşlerine İlişkin Dağılımı Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: 2002'den Sonra Hastaların Tüm Hastanelere Gidebilme Durumuyla İlgili Görüşlerine İlişkin Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evet, Çok Memnunum	232	66,3
Kısmen Memnunum	86	24,6
Memnun Değilim	10	2,9
Hiç Memnun Değilim	6	1,7
Bilgi Sahibi Değilim	16	4,6
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 66,3'ü (232 kişi) Evet, Çok Memnunum

% 24,6'sı (86 kişi) Kısmen Memnunum

% 2,9'u (10 kişi) Memnun Değilim

% 1,7'si (6 kişi) Hiç Memnun Değilim

% 4,6'sı (16 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların tüm hastanelere gidebilme durumundan çok memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların Yeşil Kartlı Hastaların İlaçlarının Devlet Tarafından Ödenmesi Durumuyla İlgili Görüşlerine İlişkin Dağılımı Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13: Yeşil Kartlı Hastaların İlaçlarının Devlet Tarafından Ödenmesi Durumuyla İlgili Görüşlerine İlişkin Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evet, Çok Memnunum	224	64,0
Kısmen Memnunum	76	21,7
Memnun Değilim	16	4,6
Hiç Memnun Değilim	16	4,6
Bilgi Sahibi Değilim	18	5,1
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 64'ü (224 kişi) Evet, Çok Memnunum

% 21,7'si (76 kişi) Kısmen Memnunum

% 4,6'sı (16 kişi) Memnun Değilim

% 4,6'sı (16 kişi) Hiç Memnun Değilim

%5,1'i (18 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların Yeşil Kartlı hastaların ilaçlarının devlet tarafından karşılanmasından çok memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların 2002'den Sonra SSK ve Bağ-Kur'lu Hastaların İlaçlarının Hastane Dışında Eczanelerden Alınması Hususundaki Görüşlerine İlişkin Dağılımı Tablo 14'de verilmiştir.

Tablo 14: 2002'den Sonra SSK ve Bağ-Kur'lu Hastaların İlaçlarının Hastane Dışında Eczanelerden Alınması Hususundaki Görüşlere İlişkin Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evet, Çok Memnunum	204	58,3
Kısmen Memnunum	88	25,1
Memnun Değilim	18	5,1
Hiç Memnun Değilim	26	7,4
Bilgi Sahibi Değilim	14	4,0
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 58,3'ü (204 kişi) Evet, Çok Memnunum

% 25,1'i (88 kişi) Kısmen Memnunum

% 5,1'i (18 kişi) Memnun Değilim

% 7,4'ü (26 kişi) Hiç Memnun Değilim

% 4'ü (14 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların hastane dışından ilaçlarını temin etmesi durumundan çok memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların 2002'den Sonra Hastaların Sahip Oldukları Hekim Seçme Hakkına İlişkin Görüşleriyle Alakalı Dağılımı Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15: 2002'den Sonra Hastaların Sahip Oldukları Hekim Seçme Hakkına İlişkin Görüşleriyle Alakalı Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evet, Çok Memnunum	272	77,7
Kısmen Memnunum	56	16,0
Memnun Değilim	8	2,3
Hiç Memnun Değilim	12	3,4
Bilgi Sahibi Değilim	2	,6
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 77,7'si (272 kişi) Evet, Çok Memnunum

% 16'sı (56 kişi) Kısmen Memnunum

% 2,3'ü (8 kişi) Memnun Değilim

% 3,4'ü (12 kişi) Hiç Memnun Değilim

% 0,6'sı (2 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların hekim seçme hakkından çok memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin, Muayenehanelerinin Kapatılıp, Tam Zamanlı Çalışmasına İlişkin, Hasta Görüşleriyle Alakalı Dağılımı Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16: Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin, Muayenehanelerinin Kapatılıp, Tam Zamanlı Çalışmasına İlişkin, Hasta Görüşleriyle Alakalı Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evet, Çok Memnunum	178	50,9
Kısmen Memnunum	92	26,3
Memnun Değilim	36	10,3
Hiç Memnun Değilim	26	7,4
Bilgi Sahibi Değilim	18	5,1
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 50,9'u (178 kişi) Evet, Çok Memnunum

% 26,3'ü (92 kişi) Kısmen Memnunum

% 10,3'ü (36 kişi) Memnun Değilim

% 7,4'ü (26 kişi) Hiç Memnun Değilim

% 5,1'i (18 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların hekimlerin tam zamanlı olarak hastanelerde çalışmasından dolayı çok memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların Aile Hekimliğine Geçilmesine İlişkin, Hastaların Görüşleriyle Alakalı Dağılımı Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17: Aile Hekimliğine Geçilmesine İlişkin, Hastaların Görüşleriyle Alakalı Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evet, Çok Memnunum	170	48,6
Kısmen Memnunum	104	29,7
Memnun Değilim	30	8,6
Hiç Memnun Değilim	28	8,0
Bilgi Sahibi Değilim	18	5,1
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 48,6'sı (170 kişi) Evet, Çok Memnunum

% 29,7'si (104 kişi) Kısmen Memnunum

% 8,6'sı (30 kişi) Memnun Değilim

% 8'i (28 kişi) Hiç Memnun Değilim

% 5,1'i (18 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların Aile Hekimliği hizmetine geçişten çok memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların 2002'den Sonra Hastaların Hastaneye ve İlaça Kolay Erişim Hususuna İlişkin Dağılımı Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18: 2002'den Sonra Hastaların Hastaneye ve İlaça Kolay Erişim Hususuna İlişkin Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Kesinlikle Evet	182	52,0
Kısmen Evet	118	33,7
Hayır	40	11,4
Bilgi Sahibi Değilim	10	2,9
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 52'si (182 kişi) Kesinlikle Evet

% 33,7'si (118 kişi) Kısmen Evet

% 11,4'ü (40 kişi) Hayır

% 2,9'u (10 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların hastaneye ve ilaca kolay ulaşılabilmesi durumundan çok memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların Hastaneye ve İlaça Ödenen Katkı Payı Hususuna İlişkin Dağılımı Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19: Hastaların Hastaneye ve İlaça Ödenen Katkı Payı Hususuna İlişkin Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Çok Yüksek	204	58,3
Kısmen Yüksek	106	30,3
Yüksek Değil	24	6,9
Kesinlikle Yüksek Değil	8	2,3
Bilgi Sahibi Değilim	8	2,3
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 58,3'ü (204 kişi) Çok Yüksek

% 30,3'ü (106 kişi) Kısmen Yüksek

% 6,9'u (24 kişi) Yüksek Değil

% 2,3'ü (8 kişi) Kesinlikle Yüksek Değil

% 2,3'ü (8 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların hastane ve ilaca ödenen katkı paylarını çok yüksek buldukları söylenebilir.

Katılanların 2002'den Sonra Hastalara; Hekimlerin ve Sağlık Çalışanlarının Daha Güler Yüzlü Olması Hususuna İlişkin Dağılımı Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20: 2002'den Sonra Hastalara; Hekimlerin ve Sağlık Çalışanlarının Daha Güler Yüzlü Olması Hususuna İlişkin Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Kesinlikle Evet	66	18,9
Kısmen Evet	136	38,9
Hayır	102	29,1
Kesinlikle Hayır	32	9,1
Kararsızım	14	4,0
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 18,9'u (66 kişi) Kesinlikle Evet

% 38,9'u (136 kişi) Kısmen Evet

% 29,1'i (102 kişi) Hayır

% 9,1'i (32 kişi) Kesinlikle Hayır

% 4'ü (14 kişi) Kararsızım cevabını vermişlerdir.

Katılanların 2002'den sonra hastalara; hekimler ve sağlık çalışanlarının daha güler yüzlü davranması ile ilgili hususu konusunda memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların 2002'den Sonra Hastalara Uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı İle Hayata Geçen Sağlıkla İlgili Yenilikleri Başarılı Bulup Bulmadıklarına İlişkin Dağılımı Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21: 2002 'den Sonra Hastalara Uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hayata Geçen Sağlıkla İlgili Yenilikleri Başarılı Bulup Bulmadıklarına İlişkin Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Kesinlikle Evet	66	18,9
Kısmen Evet	180	51,4
Hayır	58	16,6
Kesinlikle Hayır	16	4,6
Kararsızım	30	8,6
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 18,9'u (66 kişi) Kesinlikle Evet

% 51,4'ü (180 kişi) Kısmen Evet

% 16,6'sı (58 kişi) Hayır

% 4,6'sı (16 kişi) Kesinlikle Hayır

% 8,6'sı (30 kişi) Kararsızım cevabını vermişlerdir.

Katılanların 2002 sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan yenilikleri başarılı bulup bulmama konusunda memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların 2002'den Sonra Hastaların Sevk Kâğıtsız, Sadece T.C. Numarası İle Hastane Hizmeti Alabiliyor Olması Hususuna İlişkin Memnuniyet Dağılımı Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22: 2002'den Sonra Hastaların Sevk Kâğıtsız, Sadece T.C. Numarası İle Hastane Hizmeti Alabiliyor Olması Hususuna İlişkin Memnuniyet Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evet, Çok Memnunum	308	88,0
Kısmen Memnunum	34	9,7
Memnun Değilim	4	1,1
Hiç Memnun Değilim	2	,6
Bilgi Sahibi Değilim	2	,6
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 88'i (308 kişi) Evet, Çok Memnunum

% 9,7'si (34 kişi) Kısmen Memnunum

% 1,1'i (4 kişi) Memnun Değilim

% 0,6'sı (2 kişi) Hiç Memnun Değilim

% 0,6'sı (2 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların hastaların hastanelerden ve sağlık merkezlerinden herhangi bir evrak olmadan sadece T.C. numarası ile muayene olmasından çok memnun oldukları söylenebilir.

Katılanların Hastaneye Gidemeyecek Durumda Olan Yatağa Bağımlı Hastalara Verilen Evde Sağlık Hizmetlerine İlişkin Dağılımı Tablo 23'de verilmiştir.

Tablo 23: Hastaneye Gidemeyecek Durumda Olan Yatağa Bağımlı Hastalara Verilen Evde Sağlık Hizmetlerine İlişkin Hasta Görüşlerine Dair Memnuniyet Dağılımı

	Gözlem Sayısı	Yüzde
Evet, Çok Memnunum	212	60,6
Kısmen Memnunum	42	12,0
Memnun Değilim	18	5,1
Hiç Memnun Değilim	10	2,9
Bilgi Sahibi Değilim	68	19,4
Toplam	350	100,0

Ankete katılan kişilerin;

% 60,6'sı (212 kişi) Evet, Çok Memnunum

% 12'si (42 kişi) Kısmen Memnunum

% 5,1'i (18 kişi) Memnun Değilim

% 2,9'u (10 kişi) Hiç Memnun Değilim

% 19,4'ü (68 kişi) Bilgi Sahibi Değilim cevabını vermişlerdir.

Katılanların hastaneye gidemeyecek olanlar için yapılan evde bakım hizmetinden çok memnun oldukları söylenebilir.

Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programı Unsurlarından Genel Sağlık Sigortası, Özerk Hastaneler ve Aile Hekimliği İle İlgili Sorulara İlişkin Memnuniyet Düzeyleri aşağıda verilmiştir. Dağılımda Evet, Çok Memnunum, Kısmen Memnunum şeklinde cevap veren katılımcılar Memnun Olan olarak, Memnun Değilim ve Hiç Memnun Değilim diye cevap veren katılımcılar ise Memnun Olmayan olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 24: Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Unsurlarından Olan Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Dağılımı(Anketten 8., 11., 16. sorular)

	Gözlem Sayısı
Memnunum	588
Memnun Değilim	390
Toplam	350

Anket katılımcılarına sorulan bu üç soruda gözlem sayıları dikkate alındığında; Sağlıkta Dönüşüm Programı unsurlarından Genel Sağlık Sigortasından hastaların memnun oldukları yorumu yapılabilir.

Tablo 25: Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Unsurlarından Olan Özerk Hastaneler İle İlgili Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Dağılımı(Anketten 9.,12.,13.,15.,17.,19.,sorular)

	Gözlem Sayısı
Memnunum	1760
Memnun Değilim	278
Toplam	350

Anket katılımcılarına sorulan bu altı soruda gözlem sayıları dikkate alındığında; Sağlıkta Dönüşüm Programı unsurlarından Hastanelerin Özerk Olmasından hastaların memnun oldukları yorumu yapılabilir.

Tablo 26: Katılımcıların Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel Unsurlarından Olan Aile Hekimliği Hizmeti İle İlgili Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Dağılımı(Anketten 14., ve 20.,sorular)

	Gözlem Sayısı
Memnunum	528
Memnun Değilim	86
Toplam	350

Anket katılımcılarına sorulan bu altı soruda gözlem sayıları dikkate alındığında; Sağlıkta Dönüşüm Programı unsurlarından Aile Hekimliği Hizmetinden hastaların memnun oldukları yorumu yapılabilir.

4.4. HASTALARIN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

Hastaların sağlıkta dönüşüm programı ile yapılan yeniliklerden memnuniyet düzeylerinin analizinde memnun olanların (Evet Çok Memnunum, Kısmen Memnunum diyen hastalar) ve memnun olmayanların (Memnun Değilim, Hiç Memnun Değilim diyen hastalar) gözlem sayıları ve yaklaşık yüzdelerine göre değerlendirme yapılmıştır. Anket çalışmasında hastaların memnuniyet düzeylerini değerlendirirken; verilen cevaplardan Bilgi Sahibi Değilim ve Kararsızım diyenlerin gözlem sayıları ve yaklaşık yüzdeleri analize dâhil edilmemiştir. Katılanların program ile memnuniyet düzeylerine ait hipotez analizleri aşağıda verilmiştir;

HİPOTEZ 1:

H₀= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların cinsiyet değişkenleri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların cinsiyet değişkenleri bağımlıdır.

Tablo 27: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Katılımcıların Cinsiyet Değişkenleri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Kararsızım	
Kadın	24	112	42	12	18	208
Erkek	42	68	16	4	12	142
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 28: Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların cinsiyet değişkenleri arasındaki ilişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-tarafli)
Pearson Korelasyon	20,814(a)	4	,000
Olasılık Oranı	20,791	4	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle cinsiyet ile yapılan yeniliklerle ilgili memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Hastaların sağlıkta dönüşüm programı ile yapılan yeniliklerle ilgili memnuniyet düzeylerini değerlendirirken ankete katılan kadın hastaların yapılan

yeniliklerle ilgili memnun olanların oranı yaklaşık %65 (136 kişi),memnun olmayan kadın hastaların oranı yaklaşık %26 (54 kişi) olarak söylenebilir. Erkek hastaların oranı ise; memnun olanların ki yaklaşık % 77 (110 kişi),memnun olmayanların oranı ise; yaklaşık % 14 (20 kişi) olarak söylenebilir. Bu değerlendirme sonucunda; kadın hastaların erkek hastalara oranla yapılan yeniliklerden daha memnun oldukları söylenebilir.

HİPOTEZ 2:

H0= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların yaş değişkenleri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların yaş değişkenleri bağımlıdır.

Tablo 29: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Katılımcıların Yaş Değişkenleri Arasındaki İlişki

	2002 'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Kararsızım	
25 ve Altı	14	54	16	4	8	96
26-35	32	88	32	12	12	176
36-45	16	30	10	0	8	64
46-55	4	8	0	0	2	14
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 30: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Katılımcıların Yaş Değişkenleri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	14,302(a)	12	,282
Olasılık Oranı	19,593	12	,075
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,282$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilememektedir. Bir diğer deyişle hastaların yaşı ile yapılan yeniliklerin başarılı olup olmamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenemez.

Hastalardan 25 yaş ve altında olan hastaların yapılan yeniliklerden memnun olanlarının oranı yaklaşık % 19 (68 kişi), memnun olmayanların oranı yaklaşık % 6 (20 kişi) olduğu söylenebilir. 26-35 yaş arasındaki hastaların memnun olanlarının oranı yaklaşık %34 (120 kişi), memnun olmayanların oranı yaklaşık % 13 (44 kişi) olduğu söylenebilir. 36-45 yaş arasındaki hastaların memnun olanlarının oranı yaklaşık %13 (46 kişi), memnun olmayanların oranı yaklaşık % 3 (10 kişi) olduğu söylenebilir. 46-55 yaş arasındaki hastaların memnun olanlarının oranı yaklaşık % 3 (12 kişi) olduğu söylenebilir. Bu yaş grubunda memnun olmayan yoktur. Bu sonuçlara göre de; hastalardan 26-35 yaş arasında olanların yapılan yeniliklerden daha çok memnun oldukları ve yaş olarak genç olan hastaların daha memnun olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 3:

H_0 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların medeni durum değişkenleri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların medeni durum değişkenleri bağımlıdır.

Tablo 31: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Katılımcıların Medeni Durum Değişkenleri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Kararsızım	
Evli	44	90	24	6	16	180
Bekâr	22	90	34	10	14	170
Toplam	66	180	59	16	30	350

Tablo 32: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Katılımcıların Medeni Durum Değişkenleri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	9,913(a)	4	,042
Olasılık Oranı	10,067	4	,039
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,042$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hastaların medeni durumu ile yapılan yeniliklerin başarılı olup olmamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Katılanların evli ve yapılan yeniliklerden memnun olanların oranı yaklaşık % 38 (134 kişi), memnun olmayanların oranı ise yaklaşık % 9 (30 kişi) olduğu

söylenbilir. Bekâr ve yapılan yeniliklerden memnun olanların oranı yaklaşık % 32 (112 kişi),memnun olmayan bekârların oranı ise yaklaşık % 13 (44 kişi) olduğu söylenbilir. Bu oranlar sonucunda hastalardan evli olanların yapılan yeniliklerden bekâr olanlara göre daha memnun oldukları söylenbilir.

HİPOTEZ 4:

H0= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların aylık gelir değişkenleri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların aylık gelir değişkenleri bağımlıdır.

Tablo 33: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Katılımcıların Aylık Gelir Değişkenleri Arasındaki İlişki

	2002 'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Kararsızım	
700 ve Altı	4	10	2	0	10	26
700-1500TL	52	150	28	8	12	250
1500-2500 TL	10	16	18	8	8	60
2500 TL ve Üzeri	0	4	10	0	0	14
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 34: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Aylık Gelir Değişkenleri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-tarafli)
Pearson Korelasyon	104,552(a)	16	,000
Olasılık Oranı	86,307	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hastaların aylık gelir durumları ile sağlıkta yapılan yenilikleri hastaların başarılı bulup bulmamaları ile ilgili memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Hastaların gelir durumları ile sağlıkta yapılan yenilikler arasındaki memnuniyet oranları yaklaşık olarak şu şekildedir; Aylık geliri 700TL ve Altında olan hastaların memnun olanlarının oranı yaklaşık % 4 (14 kişi), memnun olmayan hastaların oranı yaklaşık % 0,6 (2 kişi) olduğu söylenebilir. Aylık geliri 700-1500 TL arasında olan hastaların memnun olanlarının oranı yaklaşık % 58 (202 kişi), memnun olmayan hastaların oranı yaklaşık % 10 (36 kişi) olduğu söylenebilir. Aylık geliri 1500-2500 TL arasında olan hastaların memnun olanlarının oranı yaklaşık % 7 (26 kişi), memnun olmayan hastaların oranı yaklaşık % 7 (26 kişi) olduğu söylenebilir. Aylık geliri 2500TL ve Üzeri olan hastaların memnun olanlarının oranı ise yaklaşık % 1 (4 kişi), memnun olmayan hastaların oranı ise yaklaşık % 3 (10 kişi) olduğu söylenebilir. Bu değerlendirme ile aylık geliri 700-1500 TL olan hastaların diğer aylık gelir grubundaki hastalara göre sağlıkta yapılan yeniliklerden daha memnun oldukları söylenebilir.

HİPOTEZ 5:

H_0 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile hastaların kronik hastalıkları değişkenleri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile hastaların kronik hastalıkları değişkenleri bağımlıdır.

Tablo 35: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Kronik Hastalıklar Değişkenleri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Kararsızım	
Evet	14	12	0	0	0	26
Hayır	52	168	58	16	30	324
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 36: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Kronik Hastalıklar Değişkenleri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	26,732(a)	4	,000
Olasılık Oranı	28,824	4	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hastaların kronik hastalığı olup olmaması ile sağlıkta yapılan yenilikleri hastaların başarılı bulmamasına yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Ankete katılan hastalardan kronik hastalığı olup sağlıktaki yenilikleri başarılı bulup bulmamasına yönelik memnuniyet düzeyinden memnun olanların oranı % 7 (26 kişi)'dür. Kronik hastalığı olmayan hastalardan sağlıktaki yeniliklerden memnun olanların oranı yaklaşık % 63 (220 kişi),sağlıktaki yeniliklerden memnun olmayan hastaların ise oranı yaklaşık % 21 (74 kişi) olduğu söylenebilir. Bu durumda kronik hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlara göre sağlıktaki yeniliklerden daha memnun oldukları söylenebilir.

HİPOTEZ 6:

H0= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların hastaların “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'un tek çatı altında birleşmesine dair görüş kriterleri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların hastaların “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'un tek çatı altında birleşmesine dair görüş kriterleri bağımlıdır.

Tablo 37: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Katılımcıların Hastaların “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur’un Tek Çatı Altında Birleşmesine Dair Görüş Kriterleri Arasındaki İlişki

	2002’den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Evet, Çok Memnunum	48	70	8	2	12	140
Kısmen Memnunum	12	76	26	2	8	124
Memnun Değilim	0	4	10	4	2	20
Hiç Memnun Değilim	0	2	8	6	0	16
Bilgi Sahibi Değilim	6	28	6	2	8	50
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 38: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Katılımcıların “SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur’un Tek Çatı Altında Birleşmesine Dair İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	137,808(a)	16	,000
Olasılık Oranı	115,083	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle Hastaların SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kurun tek çatı altında birleşmesi durumundan memnuniyet düzeyi ile sağlıkta yapılan yenilikleri hastaların başarılı bulup bulmamasına yönelik memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Ankete katılan hastaların sağlıkta dönüşüm programı ile yapılan SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kurun tek çatı altında birleşmesindeki memnuniyet düzeyleri ile hastaların sağlıktaki yeniliklerin başarılı bulup bulunmamasına yönelik memnuniyet düzeyleri yönünden memnun olanların oranının memnun olmayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 7:

H_0 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların hastaların tüm hastanelere gidebilmesine dair görüş kriterleri birbirinden bağımsızdır.

H_1 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların hastaların tüm hastanelere gidebilmesine dair görüş kriterleri bağımlıdır.

Tablo 39: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Katılımcıların Hastaların Tüm Hastanelere Gidebilmesine Dair Görüş Kriterleri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Evet, Çok Memnunum	60	134	20	4	14	232
Kısmen Memnunum	4	36	30	6	10	86
Memnun Değilim	0	2	6	0	2	10
Hiç Memnun Değilim	0	0	0	6	0	6
Bilgi Sahibi Değilim	2	8	2	0	4	16
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 40: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Katılımcıların Hastaların Tüm Hastanelere Gidebilme Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	201,412(a)	16	,000
Olasılık Oranı	112,477	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hastaların tüm hastanelere gidebilmesi durumu ile sağlıkta yapılan yenilikleri başarılı bulup bulmamalarına yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Hastaların tüm hastanelere gidebilme durumları ile sağlıktaki yenilikleri başarılı bulup bulmamalarına yönelik memnuniyet durumları değerlendirildiğinde; memnun olan hastaların oranının memnun olmayan hastaların oranına göre daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 8:

H0= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların yeşil kartlı hastaların ilaçlarının devlet tarafından ödenmesine ait görüş kriterleri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların yeşil kartlı hastaların ilaçlarının devlet tarafından ödenmesine ait görüş kriterleri bağımlıdır.

Tablo 41: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Katılımcıların Yeşil Kartlı Hastaların İlaçlarının Devlet Tarafından Ödenmesine Ait Görüş Kriterleri Arasındaki İlişki

	2002 'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Evet, Çok Memnunum	56	116	24	6	22	224
Kısmen Memnunum	4	36	28	4	4	76
Memnun Değilim	4	8	2	0	2	16
Hiç Memnun Değilim	2	6	4	4	0	16
Bilgi Sahibi Değilim	0	14	0	2	2	18
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 42: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Katılımcıların Yeşil Kartlı Hastaların İlaçlarının Devlet Tarafından Ödenmesine Dair Görüş Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	68,618(a)	16	,000
Olasılık Oranı	67,474	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle yeşil kartlı hastaların ilaçlarının devlet tarafından karşılanması durumundaki memnuniyet düzeyi ile sağlıkta yapılan yenilikleri başarılı bulup bulmamalarına yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Değerlendirme sonunda; Hastaların yeşil kartlı olanların ilaçlarının devlet tarafından karşılanması memnuniyet düzeyi ile sağlıktaki yenilikleri başarılı bulup bulmamaya yönelik memnuniyet düzeyi dikkate alındığında genel olarak memnun olanların oranının memnun olmayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 9:

H_0 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların SSK'lı ve Bağ-kurlu hastaların hastane dışında eczaneden ilaç alabilmelerine dair görüş kriterleri birbirinden bağımsızdır.

H_1 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların SSK'lı ve Bağ-kurlu hastaların hastane dışında eczaneden ilaç alabilmelerine dair görüş kriterleri bağımlıdır.

Tablo 43: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile SSK'lı ve Bağ-Kurlu Hastaların Hastane Dışında Eczaneden İlaç Alabilmeleri Kriterleri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Evet, Çok Memnunum	50	110	26	4	14	204
Kısmen Memnunum	8	50	24	0	6	88
Memnun Değilim	4	8	4	0	2	18
Hiç Memnun Değilim	0	6	4	10	6	26
Bilgi Sahibi Değilim	4	6	0	2	2	14
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 44: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile SSK'lı ve Bağ-Kurlu Hastaların Hastane Dışında Eczaneden İlaç Alabilmeleri Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	113,532(a)	16	,000
Olasılık Oranı	83,815	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle SSK'lı ve Bağ-Kurlu hastaların hastane dışında eczaneden ilaç alabilmeleri ile sağlıkta yapılan yeniliklere yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Ankete katılan hastalardan memnun olanların memnun olmayanlara oranla daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 10:

H0= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile 2002'den sonra hastaların hekim seçme hakkı kriterleri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile 2002'den sonra hastaların hekim seçme hakkı kriterleri bağımlıdır.

Tablo 45: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle 2002'den Sonra Hastaların Hekim Seçme Hakkı Kriterleri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Evet, Çok Memnunum	56	152	34	6	24	272
Kısmen Memnunum	4	26	18	4	4	56
Memnun Değilim	4	0	0	2	2	8
Hiç, Memnun Değilim	2	0	6	4	0	12
Bilgi Sahibi Değilim	0	2	0	0	0	2
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 46: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile 2002'den Sonra Hastaların Hekim Seçme Hakkı Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-tarafli)
Pearson Korelasyon	79,340(a)	16	,000
Olasılık Oranı	71,628	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle 2002'den sonra hastaların hekim seçme hakkı ile sağlıkta yapılan yeniliklere yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Katılan hastaların memnuniyet düzeylerine bakıldığında memnun olanların oranının memnun olmayan hastalara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 11:

H_0 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile Devlet ve üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin muayenehanelerinin kapatılıp tam zamanlı çalışması kriteri birbirinden bağımsızdır.

H_1 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile Devlet ve üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin muayenehanelerinin kapatılıp tam zamanlı çalışması kriteri bağımlıdır.

Tablo 47: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin Muayenehanelerinin Kapatılıp Tam Zamanlı Çalışması Kriteri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Evet, Çok Memnunum	56	92	18	6	6	178
Kısmen Memnunum	6	58	14	0	14	92
Memnun Değilim	4	12	10	4	6	36
Hiç Memnun Değilim	0	4	16	6	0	26
Bilgi Sahibi Değilim	0	14	0	0	4	18
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 48: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin Muayenehanelerinin Kapatılıp Tam Zamanlı Çalışması Kriteri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-tarafli)
Pearson Korelasyon	135,272(a)	16	,000
Olasılık Oranı	131,910	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle devlet ve üniversite

hastanelerinde çalışan hekimlerin muayenehanelerinin kapatılıp tam zamanlı çalışması durumu ile sağlıkta yapılan yeniliklere yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Bu durum dikkate alındığında; katılan hastalardan memnun olanların oranının memnun olmayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 12:

H0= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile aile hekimliğine geçilmesi kriteri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile aile hekimliğine geçilmesi kriteri bağımlıdır.

Tablo 49: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Aile Hekimliğine Geçilmesi Kriteri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Evet, Çok Memnunum	42	100	10	4	14	170
Kısmen Memnunum	10	54	28	6	6	104
Memnun Değilim	6	14	6	2	2	30
Hiç Memnun Değilim	4	4	12	4	4	28
Bilgi Sahibi Değilim	4	8	2	0	4	18
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 50: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Aile Hekimliğine Geçilmesi Kriteri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-tarafli)
Pearson Korelasyon	63,647(a)	16	,000
Olasılık Oranı	64,481	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle Aile hekimliğine geçilmesi durumu ile sağlıkta yapılan yeniliklere yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Bu durum dikkate alındığında; katılan hastalardan memnun olanların oranının memnun olmayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 13:

H_0 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile hastaneye ve ilaca daha kolay erişilebilmesi kriteri birbirinden bağımsızdır.

H_1 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile hastaneye ve ilaca daha kolay erişilebilmesi kriteri bağımlıdır.

Tablo 51: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Hastaneye ve İlaça Daha Kolay Erişilebilmesi Kriteri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Kesinlikle Evet	58	94	10	0	20	182
Kısmen Evet	8	70	28	2	10	118
Hayır	0	8	18	14	0	40
Bilgi Sahibi Değilim	0	8	2	0	0	10
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 52: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Hastaneye ve İlaça Daha Kolay Erişilebilmesi Kriteri Arasındaki İlişki

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-tarafli)
Pearson Korelasyon	179,755(a)	12	,000
Olasılık Oranı	154,728	12	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hastaneye ve ilaca daha kolay erişilebilmesi durumu ile sağlıkta yapılan yeniliklere yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Bu durum dikkate alındığında; katılan hastalardan memnun olanların oranının memnun olmayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 14:

H0= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile hastaneye ve ilaca ödenen katkı payı kriteri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile hastaneye ve ilaca ödenen katkı payı kriteri bağımlıdır.

Tablo 53: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Hastaneye ve İlaça Ödenen Katkı Payı Kriteri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Çok Yüksek	38	96	34	14	22	204
Kısmen Yüksek	16	64	18	2	6	106
Yüksek Değil	2	18	2	0	2	24
Kesinlikle Yüksek Değil	4	0	4	0	0	8
Bilgi Sahibi Değilim	6	2	0	0	0	8
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 54: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Hastaneye ve İlaça Ödenen Katkı Payı Kriteri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-tarafli)
Pearson Korelasyon	47,044(a)	16	,000
Olasılık Oranı	47,433	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hastaneye ve ilaca ödenen katkı payının durumu ile sağlıkta yapılan yeniliklere yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Bu durum dikkate alındığında; katılan hastalardan memnun olanların oranının memnun olmayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 15:

H_0 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile sağlık çalışanlarının hastalara daha güler yüzlü davranmaları kriteri birbirinden bağımsızdır.

H_1 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile sağlık çalışanlarının hastalara daha güler yüzlü davranmaları kriteri bağımlıdır.

Tablo 55: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sağlık Çalışanlarının Hastalara Daha Güler Yüzlü Davranmaları Kriteri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Kararsızım	
Kesinlikle Evet	32	26	2	2	4	66
Kısmen Evet	14	86	22	2	12	136
Hayır	20	50	20	4	8	102
Kesinlikle Hayır	0	12	12	6	2	32
Kararsızım	0	6	2	2	4	14
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 56: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sağlık Çalışanlarının Hastalara Daha Güler Yüzlü Davranmaları Kriteri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-tarafli)
Pearson Korelasyon	95,722(a)	16	,000
Olasılık Oranı	89,006	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle sağlık çalışanlarının hastalara daha güler yüzlü davranmaları durumu ile sağlıkta yapılan yeniliklere yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Bu durum dikkate alındığında; katılan hastalardan memnun olanların oranının memnun olmayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 16:

H0= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile sadece T.C. numarası ile hastane hizmeti alınabilmesi kriterleri birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile sadece T.C. numarası ile hastane hizmeti alınabilmesi kriterleri bağımlıdır.

Tablo 57: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sadece T.C. Numarası İle Hastane Hizmeti Alınabilmesi Kriterleri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Evet, Çok Memnunum	60	170	42	10	26	308
Kısmen Memnunum	6	4	16	6	2	34
Memnun Değilim	0	4	0	0	0	4
Hiç Memnun Değilim	0	0	0	0	2	2
Bilgi Sahibi Değilim	0	2	0	0	0	2
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 58: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sadece T.C. Numarası İle Hastane Hizmeti Alınabilmesi Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	73,203(a)	16	,000
Olasılık Oranı	57,232	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle sadece T.C. numarası ile hastane hizmeti alınabilmesi durumu ve sağlıkta yapılan yeniliklere yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Bu durum dikkate alındığında; katılan hastalardan memnun olanların oranının memnun olmayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 17:

H_0 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile hastaneye gidemeyecek olan yatağa bağımlı hastalara verilen evde sağlık hizmeti kriterleri birbirinden bağımsızdır.

H_1 = Sağlıkta Dönüşüm Programının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile hastaneye gidemeyecek olan yatağa bağımlı hastalara verilen evde sağlık hizmeti kriterleri bağımlıdır.

Tablo 59: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sürekli Tedavi Gerektiren Hastaneye Gidemeyecek Olan Yatağa Bağımlı Hastalara Verilen Evde Sağlık Hizmeti Kriterleri Arasındaki İlişki

	2002'den sonra uygulanan sağlıkta dönüşüm programı ile hayata geçen sağlıkla ilgili yenilikleri başarılı buluyor musunuz?					Toplam
	Kesinlikle Evet	Kısmen Evet	Hayır	Kesinlikle Hayır	Bilgi Sahibi Değilim	
Evet, Çok Memnunum	58	116	24	2	12	212
Kısmen Memnunum	4	24	12	0	2	42
Memnun Değilim	0	6	8	4	0	18
Hiç Memnun Değilim	2	2	2	0	4	10
Bilgi Sahibi Değilim	2	32	12	10	12	68
Toplam	66	180	58	16	30	350

Tablo 60: Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi ile Sürekli Tedavi Gerektiren Hastaneye Gidemeyecek Olan Yatağa Bağımlı Hastalara Verilen Evde Sağlık Hizmeti Kriterleri Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-tarafli)
Pearson Korelasyon	100,801(a)	16	,000
Olasılık Oranı	95,159	16	,000
Toplam Hasta Sayısı	350		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen $p=0,00$ değerine göre H_0 hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hastaneye gidemeyecek olan yatağa bağımlı hastalara verilen evde sağlık hizmeti durumu ile sağlıkta yapılan

yeniliklere yönelik memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Bu durum dikkate alındığında; katılan hastalardan memnun olanların oranının memnun olmayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıkta Dönüşüm Programı Türkiye gündeminde uzun yıllar tartışılmış olmasına rağmen 2002 'de iktidara gelen Adalet ve Kalkınma partisi hükümeti tarafından hayata geçirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programının üç temel unsuru vardır. Bunlar Aile hekimliği, Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumunun tek çatı altında toplanmasıdır. Aile hekimliği vatandaşların ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmetlerinde birinci basamakta başvurulan bir sağlık birimidir.

Genel Sağlık Sigortası ile vatandaşlara bağlı olduğu sosyal güvence kapsamında ödenen prim miktarına bağlı olmaksızın herkesin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanmasıdır. Hiçbir sağlık güvencesi olmayan kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmasının bedeli de devlet tarafından karşılanmaktadır. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ile vatandaşların sağlık hizmetlerinden hakkaniyetli bir şekilde yararlanması amaçlanmıştır. Bu da her hastaneden her vatandaşın eşit bir şekilde faydalanmasına olanak sağlamıştır.

Yapılan alan çalışmasında 350 hastadan elde edilen veriler doğrultusunda sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan yeniliklerin başarılı bulup bulmadıkları araştırılmıştır. Söz konusu hastaların %59,4 kadın, %40,6'sı erkektir. Yaş aralıkları ise 26-35 yaş grubunda yoğunlaşmıştır. Katılımcıların genç oldukları söylenebilir. Ankete katılanların sağlık güvencelerinin yüzdeleri ise; %97,1 i SSK, %1,7 si Emekli Sandığı , % 0,6'sı BAĞ-KUR, %0,6' sının da sosyal güvencesi olmadığı görülmektedir. Sosyal güvence bakımından katılan kişilerin en çok SSK(Sosyal Sigortalar Kurumu)'lı hastalar olduğu görülmektedir. Ankete katılanların aylık gelir durumuna bakıldığında ise dağılım olarak en çok katılımcı sayısının aylığının 701-1500 TL arasında olduğu görülmektedir. Ankete katılanların düşük gelir grubundan oldukları söylenebilir.

Ankete katılan kişiler bu özel iki hastaneye gelerek tercihlerini zaten belirlemiş bulunmaktadır. Bu soru; yapılan araştırma ile kişilerin genellikle tercih ettiği hastane türünü belirlemek amaçlı sorulan bir sorudur. Ankete katılanların

genellikle tercih ettiği hastane türü yüzdesinin % 33,2 oranı ile özel hastane olduğu görülmektedir.

Anket çalışmasında hastalara sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan yenilikleri başarılı bulup bulmadıklarına ilişkin memnuniyet düzeyleri 1 den 5 e kadar belirlenmiştir.5 ile belirtilen Memnunum,1 ile belirtilen bilgi sahibi değilim

Memnuniyet düzeyleri göz önüne alındığında; 2002'den sonra SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kurun tek çatı altında birleşmesine ilişkin memnuniyet düzeylerinde kişilerin yaklaşık % 75'inin memnun olduğu, yaklaşık % 10'unun memnun olmadığı, yaklaşık % 14'ünün bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Sosyal güvence kapsamında kurumların birleşmesinden katılımcıların memnun oldukları söylenebilir.

2002'den sonra hastaların tüm hastanelere gidebilmesi ile ilgili memnuniyet düzeylerinde kişilerin yaklaşık % 91'inin memnun olduğu, yaklaşık % 5'inin memnun olmadığı, yaklaşık % 5'inin bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Katılımcıların sosyal güvencesi ne olursa olsun istediği sağlık kurumundan hizmet alabilmesi ile ilgili yüzdelere bakıldığında çoğunluğun memnun olduğu yorumu yapılabilir.

Yeşil kartlı hastaların ilaçlarının devlet tarafından ödenmesinden kişilerin yaklaşık % 86'sının memnun olduğu, yaklaşık % 9'unun memnun olmadığı, yaklaşık % 5'inin bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Sağlık güvencesi açısından yeşil kartlıların ilaç ücretlerinin devlet tarafından karşılanmasının yüzdelere göz önüne alındığında katılımcıların memnun oldukları söylenebilir.

2002'den sonra SSK ve Bağ-Kurlu hastaların ilaçlarının hastane dışında eczanelerden alınmasından kişilerin yaklaşık % 83'ünün memnun olduğu, yaklaşık % 13'ünün memnun olmadığı, yaklaşık % 4'ünün bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. İlaçların temininde sosyal güvence ayrımı olmadan istenilen eczaneden alınabilmesinden katılımcıların genel olarak yüzdelere göre; memnun oldukları söylenebilir.

2002'den sonra hastaların sahip oldukları hekim seçme hakkından memnun olmalarına ilişkin kişilerin yaklaşık % 94'ünün memnun olduğu, yaklaşık % 6'sının memnun olmadığı, yaklaşık % 1'e yakınının bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Katılımcıların sağlık hizmetini istediği hekimden alabilmesinden yüzdeler dikkate alındığında genel olarak memnun olduğu yorumu yapılabilir.

Devlet ve Üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin muayenehanelerinin kapatılıp, tam zamanlı çalışmasından memnun olmalarına ilişkin kişilerin yaklaşık % 77'sinin memnun olduğu,% 18'inin memnun olmadığı,% 5'inin bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Yüzdeler dikkate alındığında katılımcıların bu durumdan memnun oldukları söylenebilir.

Aile hekimliğine geçilmesinden kişilerin memnuniyetlerine ilişkin yaklaşık % 78'inin memnun olduğu, yaklaşık % 17'sinin memnun olmadığı, yaklaşık % 5'inin bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Bu hizmetten hastaların genel olarak memnun oldukları söylenebilir.

2002'den sonra hastaların hastaneye ve ilaca kolay erişimi ile ilgili soruya kişilerin yaklaşık % 86'sı evet, yaklaşık % 11'i hayır, yaklaşık % 3'ü bilgi sahibi değilim cevabını vermişlerdir. Katılımcıların sağlık hizmeti ihtiyacına ulaşmada yüzdeler bakıldığında bu durumdan memnun oldukları söylenebilir.

Hastaların hastaneye ve ilaca ödenen katkı payı konusunda görüşlerine ilişkin cevaplarında yaklaşık % 89'u katkı payı oranını yüksek, yaklaşık % 9'uda yüksek olmadığını, yaklaşık % 2'sininde bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Bu programdan dolayı yapılan yeniliklerden hastaların memnun olmalarına rağmen; Genel Sağlık Sigortası kapsamında hastaların ödemiş oldukları katkı paylarından yüzdeler göz önüne alındığında katılımcıların memnun olmadıkları yorumu yapılabilir.

2002'den sonra hastalara; hekimlerin ve sağlık çalışanlarının daha güler yüzlü olmasına ilişkin yaklaşık % 58'inin evet güler yüzlü olduğunu, yaklaşık % 38'inin

hayır güler yüzlü değil dedikleri, yaklaşık % 4'ünün bilgi sahibi değilim dediği görülmektedir. Bu program ile yüzdeler bakıldığında hastaların hekim ve sağlık çalışanlarının hastalara karşı tutumlarının daha iyi olduğu söylenebilir. Bu da yenilik programının başarısını göstermektedir.

2002'den sonra hastalara uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan yenilikleri başarılı bulanlara ilişkin yaklaşık % 70'inin evet başarılı buluyorum dediği, yaklaşık % 21'inin hayır başarılı değil dediği, yaklaşık % 9'unun bilgi sahibi değilim dediği görülmektedir. Bu yüzdeler ile programın hastalar tarafından başarılı bulunduğu söylenebilir.

Hastaların; hastanelerden ve sağlık merkezlerinden herhangi bir evrak olmadan sadece T.C. numarası ile muayene olmalarına ilişkin memnuniyetleri ile ilgili yaklaşık % 98'inin memnun olduğu, yaklaşık % 2'sinin memnun olmadığı, yaklaşık % 1'e yakın kısmının da bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Genelde bu hizmetten hastaların memnun oldukları söylenebilir.

Hastaneye gidemeyecek durumda olan yatağa bağımlı hastalara verilen evde sağlık hizmetlerine ilişkin kişilerin memnuniyetleri ile ilgili yaklaşık % 73'ünün memnun olduğu, yaklaşık % 8'inin memnun olmadığı, yaklaşık % 19'unun bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Bu çalışma için yapılan ankete ilişkin dağılım yüzdelerine göre memnuniyet oranının yukarıda da belirtildiği üzere yüksek olduğu yorumu yapılabilir.

Bu çalışma neticesinde sağlıkta dönüşüm programından genel olarak memnun olduğu anlaşılmakla birlikte muayene ve ilaca ödenen katkı paylarının alınmasının amaç ve öneminin kamuoyuna anlatılması gerektiğinin ve alınan bu katkı paylarının sağlık hizmetlerinin ve ilaç israf ve yolsuzluklarının önüne geçebilmek için bir denetim mekanizması olarak kullanıldığıdır.

Birinci basamak sağlık hizmeti olarak Aile Hekimliğinde muayene katkı payı daha azken, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde bu katkı payı da daha da

arttırılmıştır. Bu farkın asıl sebebi ikinci basamak sağlık hizmetlerinin iş yükünü hafifletmek ve önlenabilir rahatsızlıkların tedavilerinin Aile Hekimliği ile yapılmasının sağlanmasıdır. Hastaların Aile Hekimliğine başvurmaları için özendirilmesi amaçlanmıştır. Muayene katkı oranlarının neye göre alındığı konusunda topluma yeterince bilgi verildiğinde memnuniyet düzeyinin daha da artacağı düşünülmektedir.

Genel olarak hastaların sağlık hizmetlerinden memnun olmalarının sağlanması için güncel değişiklikten, sağlık politikalarından, yapılan kanunlardan haberdar olmaları gerekmektedir. Bunun için sağlık bakanlığı, sosyal güvenlik kurumu gibi kurumların web sayfalarından güncel her türlü bilginin edinilebileceği konusunda iletişim, reklam, görsel iletişim araçları kullanılmalıdır.

Sonuç olarak yapılan çalışmamızı özetlersek, Ankara ilindeki iki özel hastaneye başvuran 350 hastanın Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yapılan yeniliklerden genel olarak memnun oldukları belirlenmiştir. Bu da programın başarılı olduğunu göstermektedir. Memnun olmadığını belirtenlerin büyük bir kısmı ise ödemek zorunda kaldıkları ilaç ve muayene katkı payından dolayı sağlıkta dönüşüm programına tepki göstermektedir. Sağlık Bakanlığının cepten yapılan bu katkının amacını vatandaşlara ve kamuoyuna yeterince açıklamadığı tespit edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı Avrupa Birliği Ülkelerinin de uyguladığı bir program olup, toplum ve kamuoyu tarafından desteklenmesi çok önemlidir. Bu noktada yaptığımız bu çalışmanın sonuçlarından Sağlık Bakanlığının da faydalanması programın iyice anlaşılması bakımından önemlidir.

KAYNAKÇA

Akbaba, A. (2000), “Kalite Fonksiyon Göçerimi Metodu ve Hizmet İşletmelerine Uyarlanması”, **Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 2, Sayı:3.

Akdağ, R. (2003), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Aralık 2003**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, www.saglik.gov.tr, 01.11.2012.

Akdağ, R. (2008), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Ağustos 2008 İlerleme Raporu**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara,www.saglik.gov.tr ,01.11.2012.

(erişim)http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratras_i_acilimler_2011/ups_em/turkiyeSDP.pdf

Akdağ, R. (2010), **Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara,www.saglik.gov.tr,01.11.2012.

Akdur,R,(1998), “Türkiye’de Sağlık Politikaları”, **Halk Sağlığı**, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar,Ankara.

Akyol DA (1993), “Hemodiyalize Giren Hastaların Verilen Bakımdan Memnun Olmalarının Değerlendirilmesi”, **Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı**, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi.

Ateş, M., A. Yıldırım, E. Cevahir ve G. Bektaş, (2002), “Türkiye’deki Özel Hastanelerin Değerlendirilmesi”, **5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı**, Editörler: Erol Göktürk,Adnan Şahin ve Yaşar Odacıoğlu,16-19 Ekim, Eskişehir.

Belek, İ., (2012), **Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı**, İstanbul.

Berman, P. ve M. Tatar, (2004), **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000**, Cilt 1, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.

Bostan, S., (2006), “Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu”, **Sağlık Hakkı Dergisi**, , Cilt:1, Sayı:1

Devebakan N., Yağcı K., (2005), **Sağlık İşletmelerinin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında SERVQUAL Yöntemi**, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara.

Elbek, O., Adaş E. B., (2009), **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, Cilt: 12, Sayı: 1.

Eryoldaş, S., Turgutoğlu B., (1998), **Hasta Memnuniyetinin Ölçümü İçinde; Çoruh M (Ed). Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.

Esatoğlu, E.A, Ersoy K., (1996), **Hasta Tatmininin Ölçülmesi, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.

Gümüş, E. (2010), **Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler**, Seta Analiz, Sayı 24.

Gürbüz, E., Büyükkelik, A., Avcılar, M. Y., ve Toksarı, M.,(2008) **Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin ve Davranışsal Niyet Üzerine Etkisi: Niğde Üzerindeki Süpermarketler Üzerine Bir Araştırma**, Ege Akademik Bakış, 8(2).

Kavuncubaşı, Ş., (2000), **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitapevi, Ankara.

Kavuncubaşı, Ş. ve Tokgöz, N. (Ed), (2007), **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi web-ofset tesisleri, Açık öğretim Yayınları, Eskişehir.

Koçak, A. ve Özer, A., (2004), “Marka Değeri Belirleyicileri, Bir Ölçek Değerlendirmesi”, **9. Ulusal Pazarlama Kongresi**, 6-8 Ekim, Ankara.

Koçak, O., Tiryaki D., (2011), **İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Yıl: 10, Sayı: 19.

Metintaş, M.Y. ve Ö. Elçioğlu, (2007), “Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri(1923-1938)”, **Osmangazi Tıp Dergisi**, Cilt 29, No. 3.

Okumuş, H, Akçay, H, Karayurt Ö, Demircan, G., (1993), “Bir Kalite Güvenlik Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi”, **Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı**, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi.

Özbay, H., H. E. Erişti, H. G. Öncül, H. O. Arı, B. L. Çelepçikay, M. G. ve S. Mollahaliloğlu, (2007), “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007**, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.

Özdil, N. ve S. Dönmez, (2002), “Örme Alanında Faaliyet Gösteren Bir Tekstil İşletmesinde Kalite Fonksiyon Göçeriminin Uygulanması”, **I. Ulusal Kalite Fonksiyon Göçerimi Sempozyumu**, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, İzmir.

Özkan, Y., Ö. Demirel ve H. Zengin, (2002), “Müşteri Sadakatinin Sağlanmasında QFD Metodolojisinin Kullanımı”, **I. Ulusal Kalite Fonksiyon Göçerimi Sempozyumu**, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, İzmir.

Özmen, D., (1999), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Yatan Hastaların Beklentilerinin Saptanması, **II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı**, İzmir.

Pekten, A., (2006), “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 61.

Söylemez, H., vd., 2009, “Üroloji Poliklinik Hastalarında Üriner Sistem Ultrasonografisinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi”, **Dicle Tıp Dergisi**, 36(2).

Sülkü, S. N., (2011), **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**, Ankara, www.saglik.gov.tr, 01.11.2012

Tengilimoğlu, D, Işık, O. , Akbolat, M., (2009), **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Nobel Yayınları, Ankara.

Uz, H.M, Özbakır, D, Ergin, C., (1997), **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Ankara, Haberal Eğitim Vakfı.

Yenginol, F., (2002), “Neden Kalite Fonksiyon Göçerimi ?”, **I. Ulusal Kalite Fonksiyon Göçerimi Sempozyumu**, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, İzmir.

Yıldırım, H. H., Yıldırım T., (2011), **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**, Ankara.

Yıldız, S. M., (2008), “Spor Hizmetleri Kalitesini Değerlendirmede Kullanılabilecek Hizmet Kalitesi Modelleri ve Ölçüm Araçları”, **Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi**, 8(3).

Yılmaz, M. (2001), “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü; Hasta Memnuniyeti”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 5.**

Yılmaz, M., (2000), **Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

6- Genellikle Tercih Ettiğiniz Hastane Türü Nedir?

- 1-Devlet Hastaneleri
- 2- Özel Hastaneler
- 3- Kamu Üniversite Hastaneleri
- 4- Vakıf Üniversite Hastaneleri
- 5- Sağlık Ocağı
- 6- Aile Hekimi

7- Kronik Hastalığınız Var mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

8- 2002'den Sonra SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur'un Tek Çatı altında Birleşmesinden Memnun musunuz?

- 1- Evet Çok Memnunum
- 2- Kısmen Memnunum
- 3- Memnun Değilim
- 4-Hiç Memnun Değilim
- 5- Bilgi Sahibi Değilim

9- 2002'den Sonra Tüm Hastanelere Gidebilmekten Memnun musunuz?

- 1- Evet Çok Memnunum
- 2- Kısmen Memnunum
- 3- Memnun Değilim
- 4-Hiç Memnun Değilim
- 5- Bilgi Sahibi Değilim

10- Yeşil Kartlı Hastaların İlaçlarının Devlet Tarafından Ödenmesinden Memnun musunuz?

- 1- Evet Çok Memnunum
- 2- Kısmen Memnunum
- 3- Memnun Değilim
- 4-Hiç Memnun Değilim
- 5- Bilgi Sahibi Değilim

11- 2002'den Sonra SSK'lı ve Bağ-Kur'lu Hastaların İlaçlarının Hastane Dışında Eczaneden Alınmasından Memnun musunuz?

- 1- Evet Çok Memnunum
- 2- Kısmen Memnunum
- 3- Memnun Değilim
- 4-Hiç Memnun Değilim
- 5- Bilgi Sahibi Değilim

12- 2002'den Sonra Hastaların Hekim Seçme Hakkından Memnun Musunuz?

- 1- Evet Çok Memnunum
- 2- Kısmen Memnunum
- 3- Memnun Değilim
- 4- Hiç Memnun Değilim
- 5- Bilgi Sahibi Değilim

13- Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin Muayenehanelerinin Kapatılıp Tam Zamanlı Çalışmasından Memnun musunuz?

- 1- Evet Çok Memnunum
- 2- Kısmen Memnunum
- 3- Memnun Değilim
- 4- Hiç Memnun Değilim
- 5- Bilgi Sahibi Değilim

14- Aile Hekimliğine Geçilmesinden Memnun musunuz?

- 1- Evet Çok Memnunum
- 2- Kısmen Memnunum
- 3- Memnun Değilim
- 4- Hiç Memnun Değilim
- 5- Bilgi Sahibi Değilim

15- 2002'den Sonra Hastaneye ve İlaça Daha Kolay Eriştiğinizi Düşünüyor musunuz?

- 1- Kesinlikle Evet
- 2- Kısmen Evet
- 3- Hayır
- 4- Bilgi Sahibi Değilim

16- Hastaneye ve İlaça Ödediğiniz Katkı Payı Sizce;

- 1- Çok Yüksek
- 2- Kısmen Yüksek
- 3- Yüksek Değil
- 4- Kesinlikle Yüksek Değil
- 5- Bilgi Sahibi Değilim

17- 2002'den Sonra Hekimlerin ve Sağlık Çalışanlarının Hastalara Daha Güler yüzlü ve Daha İtinahlı davrandığını düşünüyor musunuz?

- 1- Kesinlikle Evet
- 2- Kısmen Evet
- 3- Hayır
- 4- Kesinlikle Hayır
- 5- Kararsızım

18- 2002'den Sonra Uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı İle Hayata Geçen Sağlıkla İlgili Yenilikleri Başarılı Buluyor musunuz?

- 1-Kesinlikle Evet
- 2-Kısmen Evet
- 3-Hayır
- 4-Kesinlikle Hayır
- 5-Kararsızım

19- 2002'den Sonra Sevk Kâğıtsız Sadece T.C. Numaranız İle Hastane Hizmeti Almaktan Memnun musunuz?

- 1- Evet Çok Memnunum
- 2- Kısmen Memnunum
- 3- Memnun Değilim
- 4- Hiç Memnun Değilim
- 5- Bilgi Sahibi Değilim

20- Hastaneye Gidemeyecek Durumda Olan Yatağa Bağımlı Hastalara Verilen Evde Sağlık Hizmetlerinden Memnun musunuz?

- 1- Evet Çok Memnunum
- 2- Kısmen Memnunum
- 3- Memnun Değilim
- 4- Hiç Memnun Değilim
- 5- Bilgi Sahibi Değilim

ÖZET

ERACAR, Ramazan. Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi: Ankara İli Özel İki Hastane Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,2013.

Bu çalışmada özel iki hastaneye başvuran hastaların Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan yenilikleri başarılı bulup bulmamaları konusundaki memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Avrupa’da ve Türkiye’deki sağlık politikaları incelenmiş olup, Türkiye’deki sağlıkta dönüşüm programı çalışmalarının amaçları ve ilkeleri ile ilgili bilgilerinden ayrıca sağlıkta dönüşüm programı yeniliklerinden hastaların memnuniyet düzeyleri belirlenmiştir.

Hastaların sağlıkta dönüşüm programı yeniliklerinden çok memnun oldukları fakat bazı hizmetlerden memnun olmadıkları görülmektedir.

Bu çalışmada literatür araştırması yapılmış, araştırmanın uygulama kısmında ise Ankara ilinde sağlık hizmeti veren 2 özel hastaneye başvuran 350 hastaya anket uygulanmış ve sağlıkta dönüşüm programı ile yapılan yeniliklere ilişkin hastaların memnuniyet düzeyleri incelenmiştir.

Anket çalışmasında hastaların sağlıkta dönüşüm programından memnuniyetlerinin ne düzeyde olduklarını kendilerinin belirlemeleri istenmiştir. Kontrol soruları ile belirledikleri memnuniyet düzeylerinin analizi yapılmıştır.

Yapılan ankette elde edilen bulgularda, özel hastaneye başvuran hastaların sağlıkta dönüşüm programından memnun olup olmadıkları, yenilikleri başarılı bulup bulmadıklarına ilişkin memnuniyet düzeylerinin çok yüksek olduğunu değerlendirdikleri görülmüştür. Memnuniyet düzeylerini kontrol eden sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde ise; Özel hastaneye başvuran hastaların, her ne kadar memnun olsalar da bazılarının sağlıkta dönüşüm programı yeniliklerinin bir kısmından memnun olmadıkları saptanmıştır.

Uygulanan ankette hastaların muayene katkı payı ve ilaca ödenen katkı payından memnun olmadıkları görülmüştür. Bunun nedeni ise; katkı payı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamalarındandır. Buna rağmen özel hastaneye başvuran hasta sayısının fazla olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmanın sonuç ve önerilerinin ortaya konulduğu son bölümünde, hastaların sağlıkta dönüşüm programı ile memnuniyet düzeylerine yönelik yapılması gerekenler ve yapılmaması gerekenleri en aza indirecek öneri ve çözüm yolları tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler

- 1- Sağlık Politikaları
- 2- Sağlıkta Dönüşüm Programı
- 3- Hasta Memnuniyeti
- 4- Sağlıkta Dönüşüm Programı Reformları
- 5- Hastaların Memnuniyet Düzeyi

ABSTRACT

Eracar, Ramazan. By the Inmates of the European Union Harmonization Process Evaluation of the Health Transformation Program in Turkey: Ankara Province Special Two Hospitals Application, Master's Thesis, Ankara, 2013.

In this study, satisfactions of the patients were examined about the health transformation programme innovations, of whom admitted to two separate private hospitals. A health policy in Europe and Turkey was examined. The aims and principles of the health transformation program in Turkey and the knowledge level of the patients at the innovations in health transformation program were also analyzed.

Patients were very satisfied with some of the health transformation programme innovations, but patients are not satisfied some of the ministrations.

In this study, questionnaire applied to 350 patients admitted to private hospital in Ankara about innovation and health transformation program, the level of satisfaction about these programs.

Questionnaire study, patients were asked to identify their own satisfaction about the health transformation programme. Satisfaction levels were determined by analysis of the control questions.

The findings from the survey, patients admitted to a private hospital, whether they are satisfied with the health transformation program. Their level of satisfaction is very high about the innovations of the health transformation programme. Although patients were not satisfied about some of the health transformation program innovations.

Examination conducted survey; patients were not satisfied with contribution from paying drugs and physical examination. Their dissatisfaction were due to lack

of information on the contribution. However, the number of patients admitted to a private hospital, has been more.

Conclusions and proposals set out in the final part of the study, patients' levels of satisfaction with health transformation program to minimize the need for things to do and made suggestions and possible solutions are discussed.

Key Words

- 1- Health Policies
- 2- Health Transformation Program
- 3- Patient Satisfaction
- 4- Reforms in the Health Transformation Program
- 5- Level of Satisfaction of patients

