

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
KALİTE YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK KURUMLARINDA HASTA HAKLARI KAPSAMINDA
HASTA MEMNUNİYETSİZLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

Merve ERGÜDEN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Hilmi YÜKSEL

İZMİR, 2015

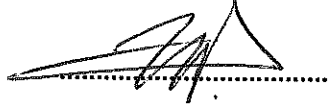
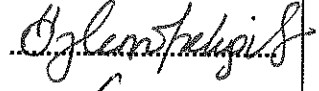
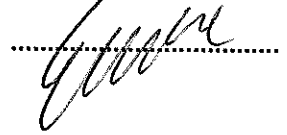
YÜKSEK LİSANS
TEZ/ PROJE ONAY SAYFASI

2011800598

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : MERVE ERGÜDEN
Tez Başlığı : Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Kapsamında Hasta Memnuniyetsizliğini Etkileyen Faktörlerin Analizi

Savunma Tarihi : 29.04.2015
Danışmanı : Prof.Dr.Hilmi YÜKSEL

JÜRİ ÜYELERİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Prof.Dr.Hilmi YÜKSEL	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Prof.Dr.Özlem DOĞAN	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Doç.Dr.Mehmet Emre GÜLER	İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
Oybirliği (X)		
Oy Çokluğu ()		

MERVE ERGÜDEN tarafından hazırlanmış ve sunulmuş "Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Kapsamında Hasta Memnuniyetsizliğini Etkileyen Faktörlerin Analizi" başlıklı Tez (X) / Projesi () kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Utku UTKULU
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Kapsamında Hasta Memnuniyetsizliğini Etkileyen Faktörlerin Analizi” adlı çalışmanın tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yaparak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2015

Merve ERGÜDEN

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Kapsamında

Hasta Memnuniyetsizliğini Etkileyen Faktörlerin Analizi

Merve ERGÜDEN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı

Kalite Yönetimi Programı

Sağlık kurumlarının, hastaların ihtiyaç ve beklentilerini karşılayabilmesi için hastalardan gelen geri bildirimlere önem vermesi gerekir. Sağlık çalışanlarının sorumluluğu sadece teşhis ve tedavi etmek değil sağlık hakkının kişilere ulaşmasını sağlamak olmalıdır.

Çalışmamıza konu olan hasta hakları günden güne önemi artan bir konudur. Hastaların şikâyetlerine duyarlılık gösteren sağlık tesislerinin çoğalması hasta memnuniyetinin sağlanması ve kalitenin artırılması için önemlidir.

Bu çalışma ile toplam kalite yönetimi kapsamında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin şikâyet yönetim sistemi incelenmiştir. Hasta hakları uygulamalarına yönelik hasta şikâyetlerini dolayısıyla hasta memnuniyetsizliği değerlendirilerek, en çok şikâyete konu olan hasta hakları ihlali tespit edilmiştir. Konuya ilişkin iyileştirme önerileri geliştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerine yapılan şikâyetleri içeren 2013 yılına ait veriler Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı'ndan elde edilmiştir. Çalışma Hasta Hakları Birimi veri tabanında yer alan 2013 yılına ait 28.729 hasta şikâyetini kapsamaktadır. Başvuruların büyük ölçüde “hizmetten genel olarak faydalanamama” (% 46) olduğu ve polikliniklerdeki hizmetleri kapsadığı tespit edilmiştir. Buna yönelik iyileştirme önerileri geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Toplam Kalite Yönetimi, Sağlıkta Kalite, Hasta Memnuniyeti, Hasta Hakları, Hasta Şikâyetleri

ABSTRACT

Master's Thesis

Analysis of Factors Affecting Patient Dissatisfaction in Patient Rights in Health Care
Organizations

Merve ERGÜDEN

Dokuz Eylul University

Graduate School of Social Sciences

Department Of Total Quality Management

Quality Management

Health care institutions should pay attention to feedbacks from patients in order to meet the needs and expectations of patients. Responsibility of health care professionals should not only to diagnose and treat but also to be to reach people the right to health.

Patient rights importance which is the main topic of our study is being increased day by day. In order to provide more patient satisfaction and increased quality, the number of health care institutions that show sensitivity to patient complaints must grow up.

In this study, complaint management system of hospitals responsibility of the Ministry of Health were researched according to the total quality management. Evaluating patient dissatisfaction due to the patients' complaints regarding the application of patients 'rights were determined from the subject of many complaints from the system. Suggestions for improvements about the subject have been given.

The data of 2013 which contains complaints made to public hospitals under the Ministry of Health, was obtained from the Ministry of Health and Medical Patient Rights in the Department of Social Services. This study contains 28,729 patient complaints which are located in the database of the Patient Rights Unit. Applications substantially have been made to "unable to benefit from services" (46%) and "services in the outpatient department". Suggestions for improvements about the subject has been given.

Keywords: Total Quality Management, Quality in Health Care, Patient Satisfaction, Patient Rights, Patient Complaints.

SAĞLIK KURUMLARINDA HASTA MEMNUNİYETSİZLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
TABLolar LİSTESİ	xiii
EKLER LİSTESİ	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.1.KALİTENİN TANIMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ	2
1.1.1. Kalitenin Tanımı	2
1.1.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi	3
1.2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	5
1.2.1. Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları ve Önemi	6

1.2.1.1. Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları	6
1.2.1.2. Toplam Kalite Yönetiminin Önemi	7
1.3. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ÖNCÜLERİ	9
1.3.1. Walter A. Shewhart	9
1.3.2. W. Edwards Deming	9
1.3.3. Joseph M. Juran	12
1.3.4. Philip Crosby	14
1.3.5. Armand Feigenbaum	15
1.3.6. Kaura Ishikawa	15
1.3.7. Genichi Taguchi	15
1.4. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ İLKELERİ	16
1.4.1. Üst Yönetimin Liderliği	16
1.4.2. Müşteri Tatmini ve Müşteri Odaklılık	17
1.4.3. Herkesin Katılımı ve Takım Çalışması:	17
1.4.4. Çalışanların Eğitimi	18
1.4.5. Sürekli Geliştirme (Kaizen)	18
1.4.6. İstatistiksel Proses Kontrolü	19
1.5. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ARAÇLARI	20
1.5.1. Beyin Fırtınası	20
1.5.2. Pareto Diyagramı	20
1.5.3. Sebep - Sonuç Diyagramı	21
1.5.4. Histogram	23
1.5.5. Kontrol Şemaları	23

1.5.6. Süreç Akış Diyagramı	24
1.5.7. Kalite Çemberleri	24

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI	26
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	28
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	28
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	28
2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	29
2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	29
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	30
2.4.SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	32
2.4.1 Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Tarihçesi	35
2.4.2 Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetiminin Gelişimi	37
2.5.HASTA MEMNUNİYETİ	41
2.5.1 Sağlık İşletmelerinde Müşteri Kavramı	42
2.5.2 Sağlık İşletmelerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlanması	44
2.5.3 Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	45
2.5.4 Hasta Memnuniyetinin Önemi	49
2.5.5 Hasta Tatmini Ölçme Yöntemleri	50

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTA HAKLARI

3.1. HAK KAVRAMI	52
------------------	----

3.2. HASTA HAKLARININ AMACI VE TARİHSEL GELİŞİMİ	53
3.2.1. Hasta Haklarının Amaçları	54
3.2.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi	55
3.2.3. Türkiye’de Hasta Hakları	58
3.3. HASTA HAKLARININ SINIFLANDIRILMASI	62
3.3.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık İşletmelerinde Hasta Hakları Başvurularının Alınması ve Değerlendirilmesi	64

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HASTA MEMNUNİYETSİZLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ	68
4.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	68
4.3. VERİ KAYNAKLARI VE VERİLERİN ANALİZİ	69
4.4. VERİLERİN ANALİZİ	70
 SONUÇ VE ÖNERİLER	 93
KAYNAKLAR	100
EKLER	107

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DUQuE: Deeping Our Understanding of Quality Improvement in Europe

ESQH: European Society for Quality in Healthcare

ESMO: European Society of Medical Oncology

HKS: Hizmet Kalite Standartları

ISO 9001: Uluslararası Standartlar Organizasyonu (International OrganizationforStandardization)

JCAH: Joint Comission on Accreditation of Hospitals

JCAHO: Joint Comission on Accreditation of Health Care Organizations

JCI: JointCommission International

KALDER: Kalite Derneği

PDCA: Plan, Do, Check, Act

PUKÖ: Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al

SABİM: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

SKİD: Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği

SSK: Sağlık ve Sosyal Sigortalar Kurumu

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

USAS: Ulusal Akreditasyon Sistemi

WHO: World Health Organization

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Kalitenin Gelişim Süreci	s.5
Şekil 2. Toplam Kalite Yönetimi Evreleri ve Amaçları	s.7
Şekil 3. Deming Döngüsü	s.10
Şekil 4. Yönetici- Lider Özellikleri	s.16
Şekil 5. Deming'in PUKO Döngüsü	s.19
Şekil 6. Pareto Diyagramı Örneği	s.21
Şekil 7. Sebep- Sonuç Diyagramı	s.22
Şekil 8. Histogram	s.23
Şekil 9. Kontrol Çizelgesi	s.24
Şekil 10. Kalite Çemberlerinin İşleyişi	s.25
Şekil 11. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi	s.27
Şekil 12. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri	s.30
Şekil 13. Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler	s.43
Şekil 14. Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler	s.47
Şekil 15. Hak Çeşitleri	s.53
Şekil 16. Hasta Hakları Birimi İş Akışı Şeması	s.66
Şekil 17. Cinsiyet Dağılımı Grafiği	s.70
Şekil 18. Yaş Grubu Dağılımı Grafiği	s.71
Şekil 19. Eğitim Durumu Dağılım Grafiği	s.72
Şekil 20. Meslek Dağılım Grafiği	s.73
Şekil 21. Şikâyet Konu Olan Birim Dağılım Grafiği	s.75

Şekil 22. Başvuru Konusu Dağılım Grafiği	s.77
Şekil 23. Pareto Analizi	s.89
Şekil 24. Sebep Sonuç Diyagramı	s.90

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Cinsiyete Göre Frekans Tablosu	s.70
Tablo 2. Yaş Grubuna Göre Frekans Tablosu	s.71
Tablo 3. Eğitim Durumuna Göre Frekans Tablosu	s.72
Tablo 4. Mesleğe Göre Frekans Tablosu	s.73
Tablo 5. Şikâyet Konu Olan Birime Göre Frekans Tablosu	s.74
Tablo 6. Başvuru Konusuna Göre Frekans Tablosu	s.76
Tablo 7. Başvuru Konusunun Cinsiyete Göre Dağılım Tablosu	s.78
Tablo 8. Hastaların Cinsiyetleriyle Şikayet Başvurusu Yaptıkları Konu Arasındaki Ki-Kare Test Sonucu	s.79
Tablo 9. Başvuru Konusunun Yaş Grubuna Göre Dağılım Tablosu	s.80
Tablo 10. Hastaların Yaş Grubu ile Şikayet Başvurusu Yaptıkları Konu Arasındaki Ki-Kare Test Sonucu	s.81
Tablo 11. Başvuru Konusunun Eğitim Durumuna Göre Dağılım Tablosu	s.82
Tablo 12. Hastaların Eğitim Durumu ile Şikayet Başvurusu Yaptıkları Konu Arasındaki Ki-Kare Test Sonucu	s.83
Tablo 13. Başvuru Konusunun Mesleklere Göre Dağılım Tablosu	s.84
Tablo 14. Hastaların Mesleği ile Şikayet Başvurusu Yaptıkları Konu Arasındaki Ki-Kare Test Sonucu	s.85
Tablo 15. Başvuru Konusunun Birimlere Göre Dağılım Tablosu	s.86
Tablo 16. Hastaların Şikayette Bulunduğu Birim ile Şikayet Başvurusu Yaptıkları Konu Arasındaki Ki-Kare Test Sonucu	s.87

EKLER LİSTESİ

Ek.1: Hasta Hakları Yönetmeliği

ek s.1

GİRİŞ

Sağlık kurumları dinamik ve değişken bir çevre içinde faaliyet göstermektedir. Sağlık kurumlarında hizmet sunumu ve tüketimi aynı zamanda gerçekleşmektedir. Hastaların farklılık gösteren ihtiyaçlarına göre hizmet veren sağlık kurumları, hizmeti sunabilmek için müşterilerin de sürece aktif olarak katılmasına gereksinim duyarlar. Sağlık kurumlarının başarısı ve hizmete devam edebilmesinin temelinde hasta beklentilerinin karşılanması, hasta memnuniyetinin sağlanması yatar (Kavuncubaşı, 2007: 74-76).

Hizmet işletmesi olan sağlık hizmetlerinin çıktıları soyuttur. Sağlık hizmetleri elle tutulup gözle görülemez, depolanmaz. Dolayısıyla hizmet alıcıları açısından hizmetin kalitesi hastanın hak, gereksinim ve beklentilerinin karşılanmasıyla orantılı olarak değerlendirilir. Birçok hastaya göre hizmetin kalitesi, hizmet sunumu sırasında hizmet sunucularının tutum ve davranışlarına bağlıdır.

Hastaların sağlık hizmeti sunumundan bekledikleri; güler yüz, etkili iletişim, sorunsuz, kaliteli hizmet ve güvenli bir ortamda sağlık hizmeti alabilmektir. Bilgi asimetrisine maruz kalmadan, sağlık durumları hakkında bilgi alabilmek gibi memnuniyet düzeyini belirleyen kriterler hasta haklarının da amacını oluşturmaktadır. Başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin hem insancıl bir yaklaşım açısından hem de yasal açıdan hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerinin sağlık etiği çerçevesinde insan onuruna yakışır biçimde sunulması için hasta hakları konusunda bilgili, duyarlı ve uygulayıcı olmaları gerekmektedir (Sert, 2004: 63).

BİRİNCİ BÖLÜM

KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.1.KALİTENİN TANIMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

1.1.1. Kalitenin Tanımı

Kalite kavramı, insanların ihtiyaçlarını nasıl olursa olsun fark etmez mantığı ile gidermek istemesi ile ortaya çıkmıştır (Kuruşçu, 2003: 22). ‘Kalite (qualites)’ , Latince nasıl oluştuğu anlamına gelen ‘qualis’ kelimesinden gelmekte ve sözcük hangi ürün ve hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu belli etmek amacını taşımaktadır (Şimşek, 2001: 85). Günümüzde artan rekabet sosyo ekonomik gelişmeler üretimden tüketime her alanda ortaya çıkan yenilikler kalitenin önemini arttırmıştır (Uzan, 2012:7). Politikadan yönetime eğitimden sağlığa ve iletişime kadar her türlü ürün ve hizmetin kalitesi sorgulanmakta, kalite düzeyinin artırılması istenmektedir. Günlük yaşantımızda sıkça kullandığımız kalite kavramı üzerinde bir anlam birliğinin olduğunu söylemek oldukça zordur. Kalite kavramı kullanım amacına göre farklı anlamlar ifade edebilmektedir.

Hayatımızın içinde konumlanmış kalitenin tanımına bakıldığında ise, kalite mükemmelliktir; kalite bir değerdir; kalite spesifikasyonlara uygunluktur; kalite müşteri tatminidir, müşteri beklentilerinin karşılanması ve aşılmasıdır; kalite en düşük maliyetle müşterinin istediğini yerine getirmektir; kısaca kalite ürünler hizmetler insan süreçler ve çevre ile ilişkili beklentileri karşılayan veya aşan dinamik bir durumdur (Öztürk, 2009:5-8).

Müşteri ihtiyaçlarının olduğu her yerde kalitenin varlığı kaçınılmazdır. İşletmelerde malın üretiminden satışına kadar geçen her kademedede kalitenin izlenmesi gerekmekte olup, firmalar iyi bir kalite anlayışına sahip olmalıdır. Şirketler veya kuruluşlar mal veya hizmetlerini günümüz şartlarında, her konuda çok sayıda

alternatiflerinin var olması sebebiyle, sunarken her aşamada kaliteyi gözetmelidir (Çelik, 2006:9).

Görüldüğü gibi kalite sadece dış kullanıcı açısından değil aynı zamanda üretici açısından da oldukça önemlidir. Kalite müşteri memnuniyetini maksimum seviyeye taşıırken, zaman ve maliyeti minimuma indirmeyi hedefler, hataları ve tekrarlanmaması gereken işleri elimine eder. Bu sebeple işletmelerin yönetimi kaliteye daha fazla odaklanmalı tüm faaliyetlerinde kaliteyi benimsemelidirler (Kuruşçu, 2003: 23). Hangi sektörde olursa olsun kalite devamlı gelişen kimi zaman yaratılan kimi zaman da ulaşılmak istenen bir kavramdır (Sarıkaya, 2010: 14).

1.1.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kalitenin tanımıyla olduğu gibi başlangıcıyla ilgili de çeşitli görüşler mevcuttur. Tarihçilere göre, Mısır, Asur, Çin, Yunanistan ve Roma'daki göstergelerin kalitenin başlangıcına işaret ettiği yani kalitenin başlangıcının 3000 yıl öncesine dayandığı ileri sürülmektedir (Bektaş, 2013: 4).

Kalite konusunda yazılı ilk belge Hammurabi Kanunlarına dayanır. Hammurabi kanunları M.Ö. 1600-1700'lü yıllarda birçok konuda anlaşmazlıklara çözüm önerisi sunan 282 maddeden oluşmakta olup,"bir inşaatçı her hangi bir kişi için bina inşa eder ve bu binayı uygun bir şekilde yapamazsa ve onun inşa ettiği bina yıkılıp sahibini öldürürse inşaatı yapan öldürülür." ifadesi ile 229. Madde, kalite konusunda ilk yazılı belge olarak kabul edilir.

1900'lü yıllarda Sanayi devriminden önce üretim atölyelerde yapılmaktaydı. Ürünün kalitesi o malı üreten ustanın sorumluluğu altındaydı. Bu döneme operatör dönem denilmektedir.

Sanayi devriminden sonra ise makineleşmenin artmasıyla üretim şekli de atölye tipi üretimden fabrikalaşmaya ve kitle üretime geçiş yapmıştır (Uzan, 2012: 7).İlk takım tezgâhlarının ortaya çıkması ile üretim sistemi ve ürün yapısı karmaşık hale gelmiştir. İşletmeler büyüme eğilimine girmiş çok sayıda ustanın istihdam edilmesi gerekmiştir. Ürün kalitesi üzerine yoğunlaşmıştır. Ürünün kalitesi o ürünü üreten kişinin sorumluluğundadır (Nezaretçi Dönem).

Kalite alışmaları Sanayi devrimi ile hız kazansa da günümüzde kullanılan kalite algısı 2. Dünya Savaşından sonra ortaya çıkmıştır (Kuzhan, 2009: 13).

Kalite kontrol dönemi (1940'lı yıllar), ürünlerin tek tek ya da örnekleme yoluyla kontrol edildiği dönemdir. Japonya, kalite kontrolünü başarıyla uygulayan ülkelerin başında gelmektedir(Erturgut, 2012: 43).

İstatistiksel Kalite Kontrol dönemi (1960'lı yıllar), Walter A. Shewartendstride süreçleri izlemek için istatistiksel yöntemleri uygulamıştır. Shewart istatistiksel süreç metotlarını kullanarak hatalı ürüne ilişkin erken uyarı sağlanabileceği ayrıca hatalı ürün üretimini önlemek için süreç parametrelerinin düzeltilebileceğini söylemiştir. Seri retimde ilk defa kontrol kartlarını uygulamıştır (ztrk, 2009:15).

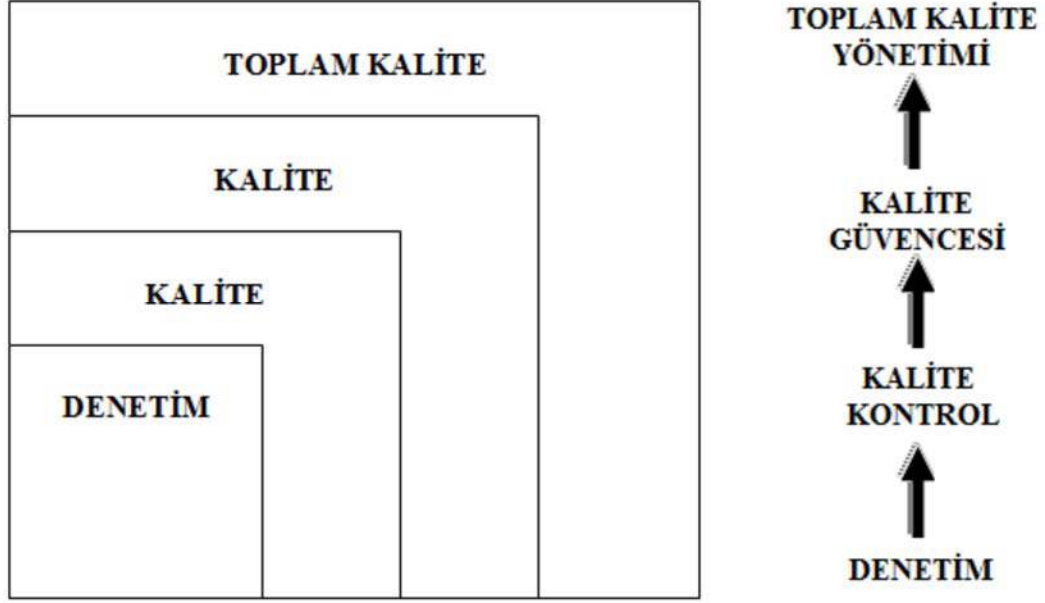
Kalite güvencesi dönemi, ürünün kalite için belirlenen standartları karşılaması ve yeterli güven sağlaması için yapılan planlı ve sistematik faaliyetlerin tümüdür. Kalite güvencenin temelinde ürün ya da hizmetin geçtiği tüm aşamalardaki talimatlar, görev ve sorumluluk tanımlarının belgelendirilmesi, çalışanların eğitilmesi ve kalite konusunda bilinçlendirilmesi ile kalitenin planlanan düzeyde en az kaynak kullanımıyla korunması yatmaktadır (Erturgut, 2012: 44).

Kalite güvece sisteminin gelişimi 1987 yılında uluslararası kalite ihtiyacına cevap veren ve birçok ülke tarafından kabul edilen ISO 9000 dizisi standartlarının yaygınlaşması ile ivme kazanmıştır (Erturgut, 2012: 44).

Toplam Kalite Yönetimi, kurum çapında kalite yaklaşımı olarak geliştirilmiş, kurum kültürüne yansımış, verilen hizmetlerin kalitesini sürekli yükseltmeyi hedefleyen başta yönetim ve tüm çalışanlarca vizyon haline gelmiş bir yönetim anlayışıdır (Kavuncubaşı, 2007: 223).

Görüldüğü gibi kalite kavramı uzun bir geçmişe sahiptir. Ancak modern anlamda kalitenin Taylor ile başlayan bir gelişim sürecine girdiği ve sonrasında değişik anlamlar kazanarak günümüzde müşteri memnuniyetine kadar ulaştığı görülmektedir (Genç, 2011: 15). Bu süreç şekil 1'de gösterilmektedir.

Şekil 1: Kalitenin Gelişim Süreci



Kaynak: Genç, 2011: 14

1.2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Toplam Kalite Yönetimi, tüketici isteklerini en ekonomik düzeyde karşılamak amacıyla, işletme içindeki pazarlama, mühendislik, imalat ve müşteri hizmetleri gibi çeşitli ünitelerin kalitelerinin oluşturulması, yaşatılması ve geliştirilmesi yönündeki çabaları bütünleştirip düzenleyen bir sistemdir. Toplam kalite yönetimi müşteri odaklı bir sistemdir ve müşteri tatminini hedeflemektedir. Diğer bir ifade ile müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan yönetim biçimidir (Uzan, 2012: 24).

Günümüz iş dünyasında her yeni gün yeni sorunlar getirmektedir; bunların üstesinden gelebilmek için de yeni arayışlar ortaya çıkmaktadır. Bu arayışlar arasında en önemli yer toplam kalite yönetimine aittir. TKY, kalite uygulamalarında önemli bir yere sahip olup, iş dünyasına çok şey katmaktadır. TKY felsefesi işletmelerin rekabet şartlarına uygun hareket etmeye teşvik eden çağdaş bir yönetim anlayışıdır (Şimşek, 2001: 88)

Toplam kalite yönetimi anlayışı sürekli gelişmeyi amaçlayan ve bunu işletme kültürü biçimine getirmeyi amaçlayan felsefedir. Toplam kalite yönetimi örgütün en üst yönetim kademesinden en altta çalışanlara kadar tüm kademelerde düşünsel bir devrime yol açan bir yönetim anlayışıdır (Kuzhan, 2009: 14).

1.2.1. Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları ve Önemi

1.2.1.1. Toplam Kalite Yönetiminin Amaçları

Toplam Kalite Yönetiminin amacı, herkesin katılımını sağlamak suretiyle kalitenin sürekli olarak iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılmasıdır. Başarılı bir şekilde uygulanan TKY ile kalite artırılarak, rekabet düzeyinde artış, işgücü verimliliğinde artış, Pazar payında artış, müşteri bağlılığı ve iş gücü verimliliğinde artış sağlanabilmekte ayrıca; kalitesiz ürün sayısında azalış, bazı üretim maliyetlerinde azalış sağlanabilmektedir (Kavrakoğlu, 1998: 56).

TKY evreleri ve amaçları Şekil 2’de de gösterilmektedir.

Şekil 2: TKY Evreleri ve Amaçları

Özelliklerin Belirlenmesi	Teftiş Etme	İstatistiksel Kalite Kontrol	Kalite Güvencesi	Toplam Kalite Yönetimi
Ana İlgi Alanı	Sorunları Ortaya Çıkarma	İstatistiki Metodlar Kullanarak Kontrol	Koordinasyon	Tüm Çalışanların Katkısı ile Üretim
Kalite Görüşü	Çözülmesi Gereken Problem	Çözülmesi Gereken Problem	Problemi Erken Bulma, Aktif Olmadan Çözme	Sıfır Hatalı Üretim
Önem Verilen Fonksiyon	Standart Üretim	Daha Az Kontrol ile Standart Üretim	Tasarımdan Pazarlamaya Kadar Olan Süreç İçinde Kalitesizliğin Ekip Çıkması ile Çözülmesi	Süreçlerde Devamlı İyileştirme Çabaları
Metot	Ölçme	İstatistiksel Araç, Gereç ve Teknikler	Program ve Sistemler	Bilgi Yönetimine Odaklı İstatistiksel Araç, Gereç ve Teknikler
Kalite Uzmanlarının Rolü	Hizmeti/ürünü sınıflandırma, Ölçme, Değerlendirme	İstatistiksel Metotlar ile Aksaklığın Giderilmesi	Kalite Ölçümü, Planlaması ve Programların İzlenmesi	Danışmanlık, Eğitim
Kalite Kimin Sorumluluğu Altında	Kalite Kontrol Birimi	Üretim Uzmanları	Organizasyonda Yer Alan Tüm Bölümler	Sistem
Yaklaşım	Kalitesizi Kaliteliden Ayırır.	Kaliteliyi Kontrol Eder.	Kaliteyi İyileştirir.	Kaliteyi Yönetir

Kaynak: Bektaş, 2013: 9

1.2.1.2. Toplam Kalite Yönetiminin Önemi

Örgütlerin hızla değişim gösteren dinamik çevrelerine ayak uydurabilecek rekabet gücünü arttırabilmesi, dünya piyasalarına açılabilmesi ve elinde bulundurduğu kaynakları en uygun şekilde değerlendirebilmesi için Toplam Kalite Yönetimi kamu ve özel örgütlerin gündemine yerleşmiştir.

Toplam kalite yönetimi, tüketici isteklerini ekonomik düzeyde karşılamak amacıyla örgüt içindeki pazarlama, mühendislik, imalat ve müşteri hizmetleri gibi çeşitli birimlerin kendi alanlarında ayrı ayrı kalite sistemlerinin oluşturulması, bunların geliştirilmesi çalışmalarını kapsayan bir sistemdir. Toplam kalite yönetimi müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi ürün ve hizmetlerin üretimi ve sunumu sırasında göz önünde bulunduran bir yönetim biçimidir (Uzan, 2012: 25).

Yönetimler, toplam kalite yönetiminin başarısını artırmak, örgüt kültürünü oluşturmak ve geliştirmek için insana değer vermek ve onu değerlendirmek gibi bir felsefe benimsemişlerdir.

TKY' nin temelinde işini ilk seferde doğru yap ve hatayı ortaya çıkmadan engelle görüşü yatmaktadır. Dolayısıyla hataların ortaya çıkmadan engellenmesi; çalışanların motive edilmesi, yönlendirilmesi, bilgi ve beceri düzeylerinin yükseltilmesini sağlayacak eğitimlerin verilmesiyle mümkündür (Demir ve Gümüşoğlu, 2003: 33).

İnsana müşteri beklentilerine uygun hizmet veya ürünün üretildiği süreci geliştirmek için takım çalışmasından yararlanılması gerekmektedir. Etkili takımların oluşturulması, oluşturulan takımların eğitimi, geliştirilmesi, süreçleri tanıma, sürekli gelişme arzusu yaratma ve çıktıları ölçme süreçlerini sağlayan bir sistem oluşturulmalıdır (Kuzhan, 2009: 27).

1.3. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ÖNCÜLERİ

1.3.1. Walter A. Shewhart

Shewhart'ın TKY anlayışına getirdiği en temel katkı, istatistik ölçme yöntemlerini üretim süreçlerine uyarlamasıdır. Üretim süreçlerinde değişkenliğin anlaşılması ve kontrol altına alınması konularında örneklem ve olasılık analizi gibi çeşitli istatistik araçlarını basit ve yalın bir şekilde tanımlamıştır (Yatkın, 2004: 8).

Shewhart toplam kalite yönetimi görevini üstlenen Deming ve Juran'ın istatistiksel düşünme yollarından etkilendiği kişidir. Sheward 1920'li yıllarda BellAtlantic firmasında kalite geliştirme ve problem çözme alanında istatistiksel araçlardan büyük ölçüde yararlanmıştır

(<http://www.kalitesistem.com/?sayfa=icerik&tur=degerlerimiz&kategori=kalite-onderlerimiz&icerik=kalite-onderlerimiz>)

Shewart, kalite yönetimi için temel olan Planla (Plan), Yap (Do), Denetle (Check), Faaliyete Geç (Act) olarak isimlendirilen yaklaşımını ortaya koymuştur. Bu yaklaşım, müşteri spesifikasyonlarını karşılamak ve kalite, üretkenlik veya etkinlik problemlerini çözmek için uygulanabilir (Öztürk, 2009: 16). PDCA yaklaşımı Deming tarafından geliştirilmiştir.

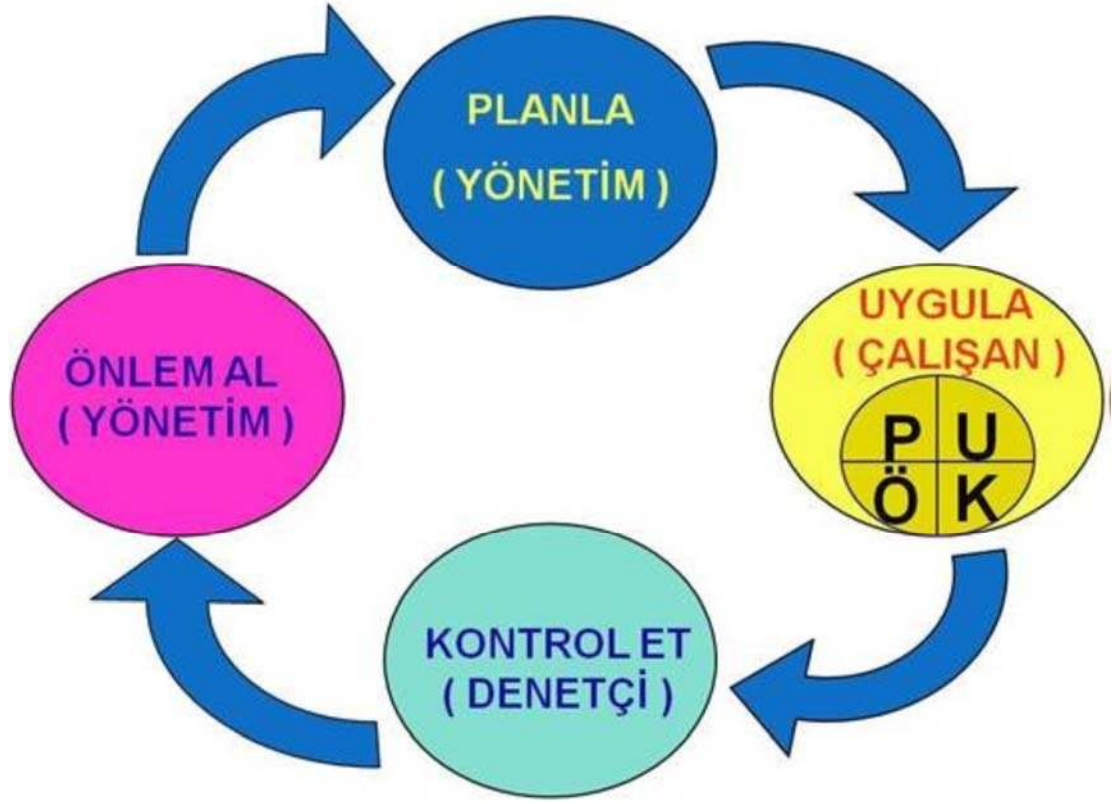
1.3.2. W. Edwards Deming

W. Edwards Deming, toplam kalite yönetiminin temellerini atanların başında gelen, 1930-1950 yılları arasında istatistiksel proses kontrol kavramını kalite ve verimliliğin iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması için oluşturup, geliştiren bir istatistikçidir (Çetin ve Akın, 1998: 32). Deming kaliteyi değişkenliğin azaltılması olarak görmüş ve hataların sıfırlanmasıyla kalitenin sağlanabileceğini vurgulamıştır. Kalitenin bitmiş ürünleri muayene ile değil, kaliteli ürünler üretecek sistemler kurup, ürün, hizmet ve süreçlerin sürekli iyileştirilmesi ile sağlanabileceği görüşünü savunmuştur (Erturgut, 2012: 54).

Deming PDCA yaklaşımını geliştirerek, problem çözümünde istatistiksel bir süreç olan ve her işletme için kolaylıkla uygulanabilecek faaliyetlerden oluşan,

Deming Döngüsünü (PUKÖ- Planla – Uygula- Kontrol Et, Önlem Al) ortaya koymuştur. Bu döngüde yapılacak işler önce planlanır, sonra uygulanır ve uygulama süreci kontrol edilir. Süreçte sapmalar göze çarparsa düzeltici önlemler alınarak bu düzeltmelerle bir sonraki faaliyetin hedefleri belirlenir (Çağlar ve Kılıç, 2008: 65). Deming Döngüsü Şekil 3’de gösterilmiştir.

Şekil 3: Deming Döngüsü



Kaynak: Uzan, 2012: 9

Deming 14 ilkesiyle de kalite yönetiminin temellerini oluşturarak, toplam kalite yönetiminde başarılar elde etmiştir. Deming’ in 14 İlkesi şöyledir: (http://www.eurocons.com.tr/puko_dongusu-bilgi_bankasi-W.Edwards%C2%A0Deming%C2%A0ve%C2%A0PUKO%C2%A0D%C3%B6ng%C3%BCs%C3%BC.html)

- Organizasyonun amaçlarını belirle.

- Yeni yönetim felsefesini benimse.
- Kontrol şemalarını öğren ve kontrol şemalarını uygulamaları konusunda yan sanayini ikna et.
- Organizasyonu fiyat etiketleri ile değerlendirmeyi bırak.
- Sürekli gelişmeyi sağla.
- İş başında eğitimi sağla.
- Liderliğin kurumsallaşmasını sağla.
- Organizasyonda korkuyu ortadan kaldır.
- Departmanlar arasındaki sınırları kaldır.
- Çalışanların kendi sloganlarını kendilerinin formüle etmelerine izin ver.
- Organizasyonda kotaları ortadan kaldır.
- Çalışanların iş yapmalarını engelleyecek uygulamaları ortadan kaldır.
- Eğitim uygula.
- Transformasyonu herkesin katılımıyla gerçekleştir.

Deming' e göre dünya sınıfı kalitesinde ürün ve hizmet üretimini engelleyecek yedi ölümcül hastalık vardır. Bunlar: (Çağlar ve Kılıç, 2008: 66).

- Amaçlarda sebat yetersizliği,
- Kısa süreli kararlara önem verme,
- Performansı değerlendirmede, hüner takdiri ve yıllık gözden geçirme,
- Yönetimin değişkenleri,
- Görünen rakamları kullanarak yönetim,
- Aşırı tedavi maliyetleri,
- Aşırı taahhüt maliyetleri

Yukarıda belirtilen ölümcül hastalıklar yani her işletmede olmaması gereken maddeler ve 14 ilke işletmenin verimliliğinin artması ve devamlılığının sağlanması açısından oldukça önemlidir.

1.3.3. Joseph M. Juran

TKY’ de sürekli gelişim ilkesini ilk kez ortaya atmış ve başarı kazanmıştır. Kalite yönetimi felsefesinin evrensel bir süreçten ibaret olduğunu öne sürmüştür (Erturgut, 2012: 55). Juran’ın kalite felsefesine olan katkıları şunlardır:

Gelişim için Juran’ ın üç temel adımı: Kaliteli ürün ya da hizmet üretecek olan işletme şu üç temel adımı izlemelidir.

- Paylaşım ve sorumluluk duygusu içinde sürekli gelişmelerin ve iyileştirmelerin elde edilmesi,
- Geniş kapsamlı eğitim programlarının faaliyete geçirilmesi,
- Tepe yönetiminde liderlik ve taahhütlenme işinin yerleştirilmesi (Öztürk, 2009: 45)

Kalite gelişim ve iyileşme için Juran’ ın 10 adımı : (Erturgut, 2009: 57)

- İhtiyaçların belirlenmesi ve kalitenin gelişimi için gerekli ortamın oluşturulması,
- Sürekli gelişim için hedeflerin belirlenmesi,
- Kalite komitesinin belirlediği amaçlara ulaşabilmesi için görevlerin, sorumlulukların, görev gruplarının uygun araç ve gereçlerin belirlenmesi ve buna uygun olan bir organizasyonun oluşturulması,
- Eğitim faaliyetlerinden işletmedeki tepeden tırnağa tüm çalışanların yararlandırılması,
- Sorunlara çözüm getirecek projelerin uygulanması,
- Tüm faaliyetlerin raporlanması,
- Onay alınması,
- Sonuçlardan ilgililerin haberdar edilmesi,
- Başarının kaydının tutulması ve
- İyileştirmenin yıllık olarak dikkate alınması ve bunun işletmenin iyi çalışmakta olan sistemlerine ve süreçlerine uygulanabilmesidir.

Pareto İlkesi :

İtalyan istatistikçi Vilfredo Pareto (1848-1923) çalışmaları sonucunda gelirin büyük miktarının küçük bir gruba gittiğini hesaplamıştır. Pareto ilkesine (80/20 veya 20/80 kuralı) göre problemlerin %80'i problemleri oluşturan nedenlerin %20'sinden kaynaklanır. Bu sebeple işletmeler asıl enerjilerini, problemlere neden olan %20'de yer alan hayati birkaç kaynağı yok etmede harcamalıdır. Böylece probleme neden olan asıl kaynakların %20'si yok edildiğinde, problemin %80'i çözüme ulaşmış olur (Öztürk, 2009: 46).

Juran Üçlüsü:

Juran Japonya'da kalite yaklaşımını “kalite üçlemesi (quality triology)” adı altında ifade etmiştir. Juran seminerlerinde, kalitenin yönetimin sorumluluğunda olduğunu vurgulayarak, kalitenin herhangi bir departmana delege edilemeyeceğini vurgulamıştır (Erturgut, 2009: 56). Kalite üç ana süreci kapsamaktadır:

1- Kalite planlama:

- Müşterini tanımla.
- Müşterinin ihtiyaçlarını tanımla.
- İhtiyaçları kendi şirket diline çevir.
- Her zaman müşterinin isteği tam olarak yapılmaz, kendi karını da düşünmen gerekir. Bu yüzden ikisi arasındaki optimum noktayı bul.

2- Kalite denetimi: Planlanan ürünü yaratmak için bir süreç oluşturulmalıdır.

Kalite denetimi, sadece ürünün kaliteli olup olmadığına bakarak değil, yapısına ve istatistiki değerleri de göz önünde tutarak yapılmalıdır.

3- Kalite geliştirme:

- Sürecin, ürünü işletim koşullarında üretebildiğini kanıtlama,
- Operasyon sürecini sürekli devretme (Uzan, 2012: 11).

1.3.4. Philip Crosby

Toplam kalite alanında “kalite maliyeti” kavramını getiren Crosby, hata önlemenin ürün dizaynı aşamasında başlamak suretiyle gerçekleştirilebileceğini savunmuştur (<http://www.kalitesistem.com/?sayfa=icerik&tur=degerlerimiz&kategori=kalite-onderlerimiz&icerik=kalite-onderlerimiz>). Kalite konusundaki dört ilkesi şöyledir:

-Kalitenin tanımı isteklere uygunluktur.

-Kalite sistemi hataları ortaya çıkarmaya değil, hataların oluşmasını önlemeye yöneliktir.

-Kalitede uygunluk standardı “sıfır hata”dır.

-Kalite ölçüsü uygunsuzluğun (kalitesizliğin) maliyetidir (Öztürk, 2009: 48).

-Crosby kalite iyileştirme sürecinin uzun zamanlı bir plan çerçevesinde uygulanması gerektiğini savunarak, 14 aşamadan oluşan program önermektedir:

- Yönetimin kendini adanması
- Kalite iyileştirme ekibi oluşturması
- Kalitenin ölçütlerinin geliştirilmesi ve ölçümlerin yapılması
- Kalite maliyetlerinin belirlenmesi
- Kalite konusunda bilinçlenme
- Düzeltici önlemlerin alınması
- Sıfır hata programının uygulanabilirliği için bir komite oluşturulması
- Yöneticilerin eğitimi
- Sıfır hata günü
- Hedef belirleme
- Sorun-sebep-çözüm programı
- Ödüllendirme
- Kalite konseyi oluşturulması
- Yeniden başlama ve programın sonsuzluğu (Bedük, 2011: 27-28).

1.3.5. Armand Feigenbaum

Toplam kalite kontrolü kavramını ilk olarak literatüre sokan Feigenbaum, “kalite herkesin işidir” görüşünü ortaya koymuştur. Feigenbaum kalite çalışmalarının işletmenin tüm fonksiyonlarına yayılmasını önermiş sadece personelle bunun sınırlı kalmaması gerektiğini vurgulamıştır

(<http://www.kalitesistem.com/?sayfa=icerik&tur=degerlerimiz&kategori=kalite-onderlerimiz&icerik=kalite-onderlerimiz>)

1.3.6. Kaura Ishikawa

K. Ishikawa tarafından geliştirilen kalite çemberleri kalite faaliyetlerinin tüm çalışanlar tarafından paylaşılmasını sağladığı gibi çember çalışmalarında kullanılan; pareto analizi, balık kılçığı diyagramı gibi problem çözme teknikleri, kalitenin bilimsel bir tarzda incelenmesine katkıda bulunmuştur (Erturgut, 2009: 57).

Ishikawa’ ya göre tüm çalışanlar kalite kontrol çalışmalarında aktif rol oynamalıdır. Bu yaklaşımın iki temel özelliği şöyledir: müşterilerin tüm ihtiyaçlarının karşılanmaya çalışılması ve katılımcı yönetimin sağlanması; ayrıca üst ve orta kademe yönetimin yetki ve sorumluluklarının dağıtılmasını öngörerek, çalışanlara daha fazla yetki ve sorumluluk verilmesi gerektiği görüşünü savunmaktadır (Yatkın, 2004: 65).

1.3.7. Genichi Taguchi

Toplam kalite yönetimine “kalite tasarımı “ konusunda katkıda bulunan Taguchi, kalitenin tüm organizasyon içinde, üzerinde tartışılması gereken bir konu olduğunu vurgulamış ve özellikle ürün dizaynı konusunda kalitenin artırılması için nicel değerlerin ve ölçümlerin kullanılmasına odaklanmıştır (Erturgut, 2009: 58).

Ürünün veya hizmetin kalitesi müşteri memnuniyetine ve böylece itibar kazanılmasına ve pazar payının artmasına sebep olmaktadır (Uzan, 2012: 15).

1.4. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ İLKELERİ

Ürün ya da hizmetlerin herhangi bir kalite özelliğinde gerçekleşmesi için pek çok faktörün göz önüne alınması gerekmektedir. Müşteri talepleri, rekabet koşulları, satış politikaları, ürün ya da hizmetin kullanım amacı, ürün ya da hizmetin fiyatı, kullanılan tasarım, malzeme ve işgücü gibi çok sayıda etmenin etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kapsamda toplam kalite yönetimi ilkeleri şöyle sıralanmaktadır: (Uzan, 2012: 27).

1.4.1. Üst Yönetimin Liderliği

Toplam kalite yönetimi uygulamalarının temeli, başta tepe yöneticileri olmak üzere orta ve alt düzey yönetim kademelerinin bir bütün olarak kalite anlayışına gerçekten inanmaları ve bunlarla ilgili faaliyetlerde aktif katılımı fiilen göstermeleri esasına dayanmaktadır. Toplam kalite yönetimini uygulamaya koymak stratejik bir karardır. Üst yönetim bir takım halinde organizasyonun stratejik yönetiminin ne olacağı hususunda bir uzlaşmaya varmalıdır. Dolayısıyla toplam kalite yönetimi ifadesinde yer alan “yönetim” sözcüğü kalite çalışmalarına üst düzey yöneticilerin liderlik etmesinin de altını çizmektedir (Erturgut, 2012: 63-64). Ancak yönetici ve lider kavramları birbirine karıştırılmamalıdır. Şekil 3’te yönetici ve lider özellikleri gösterilmektedir.

Şekil 4: Yönetici- Lider Özellikleri

YÖNETİCİ	LİDER
Yönetir.	Yönlendirir.
Mevcut düzeni sürdürür.	Yenilik peşindedir.
Otoritesi statüsünden kaynaklanır.	Otoritesi kendisindedir.
Yetkileri kendisinde toplar.	Astlarını yetkilendirir.
İtaati vurgular.	Katılımı vurgular.
Planlara aşırı bağlıdır.	Alternatif yaklaşımlara açıktır.
Belirlenmiş amaçlara hizmet eder.	Yeni amaçlar ortaya atar.
İşi doğru yapar.	Doğru işi yapar.
Kontrolü vurgular	Güveni esas alır.

Kaynak: Bektaş, 2013: 14

1.4.2. Müşteri Tatmini ve Müşteri Odaklılık

Örgütlerin başarısı büyük ölçüde müşteri (iç müşteri ve dış müşteri) gereksinimlerinin anlaşılmasına ve tatmin edilmesine bağlıdır. Müşteri, şirket içinde veya dışında herhangi bir mal, hizmet veya bilginini bir gereksinimi karşılamak üzere devredildiği, bunları satın alma olasılığı bulunan (potansiyel müşteri) veya satın almış olan ve memnun etmekle yükümlü olunan kişi veya kuruluşlardır (Kuzhan, 2009: 28).

Toplam kalite yönetimi felsefesine göre müşteri ihtiyaçlarının karşılanması yeterli değildir. Müşteri kendisine sağlanan ürün veya hizmetten zevk almalıdır. Müşterinin tatmini memnuniyet düzeyindeki artış, şikâyetlerin azalması ve kaybedilmeyen müşteri demektir. Bu sebeple müşteri beklentilerinin karşılanması, hatta beklentilerin ötesine geçilerek mutlak tatmin için kuruluştaki tüm birimlerin müşteri talepleri doğrultusunda organize edilmesi sağlanmalıdır (Erturgut, 2012: 65).

1.4.3. Herkesin Katılımı ve Takım Çalışması

Örgütte yer alan tüm departmanların ve tüm süreçlerin kaliteyi oluşturma, geliştirme ve sürekli iyileştirme çalışmalarını kabul etmesi, desteklemesi ve bizzat katılım sağlamasıdır. Üst yönetimin düşünüp astın bu düşüncelere katkıda bulunarak uygulamaya gitmesini değil, işletmedeki her çalışan için hem düşünmenin hem de uygulamanın birleştirilmesi hedeflenmelidir. TKY’ de çalışanlar pasif değil, aktif problem çözücü ve uygulayıcıdır (Ulusoy ve diğerleri, 2011: 18).

Çalışanların aktif olarak TKY programına gönüllü katılımının sağlanması için gerekli hususlar şunlardır:

- Açık bir görev ve amaç tanımı,
- Sürekli öğrenme ve öğretme ortamı yaratma,
- Yönetime katılma,
- Etkin iletişim,
- Kendi kendini denetleme

İşletme çalışanların kalite geliştirme faaliyetlerine katkıda bulunmalarını özendirecek ve başarılı girişimleri ödüllendirecek bir alt yapı oluşturmalıdır. Tam katılım, herkesin teşvik edilmesi ve sürekli eğitimle sağlanabilir (Sarıkaya, 2010: 30).

TKY uygulamaları için gerekli örgüt kültürünün kalıtsallaştırılması ve yönetsel adaptasyonun sağlanmasında ve bireysel yeteneklerin kolektif başarılarla dönüşmesinin temelinde organizasyonlardaki takım çalışmaları yer almaktadır. Örgütlerde faaliyetlerin her aşamasında ortaya çıkabilecek problemlerin farklı algılanması ve ilgi alanları olan kişilerce değişik bakış açılarıyla ele alınması sorunun en uygun çözüme ulaşmasını mümkün kılacaktır. Bunun en yaygın yöntemi ise takım çalışmasıdır (Erturgut, 2012: 65).

1.4.4. Çalışanların Eğitimi

Çalışanların eğitilmesi, yetiştirilmesi, motive edilmesi TKY'nin temel amaçlarındanıdır. Eğitilmiş, bilgi ve becerilerle donatılmış çalışanların sorumluluk duygusu da artacaktır. Dolayısıyla her kademedeki çalışanlara hem temel konularda hem de TKY faaliyetlerini içeren konularda sürekli eğitim verilmesi ve yöneticilerin çalışanları bizzat eğitmesi sağlanmalıdır. (Kuzhan, 2009: 28).

Kurumun kalitesi çalışanların kalitesine bağlıdır. Çünkü kuruluşun kalitesini çalışanların kalitesi belirler (Bektaş, 2013: 24). Örgütsel ortamlarda eğitimin iki boyutu vardır: birincisi çalışanların daha çok mesleki bilgi ve becerisini artırmaya yönelik kurum içi veya kurum dışı eğitimler; ikincisi ise çalışanların kendilerini gerçekleştirmeye yönelik kişisel gelişime katkı sağlayacak eğitimlerdir. (Şimşek, 2007: 135)

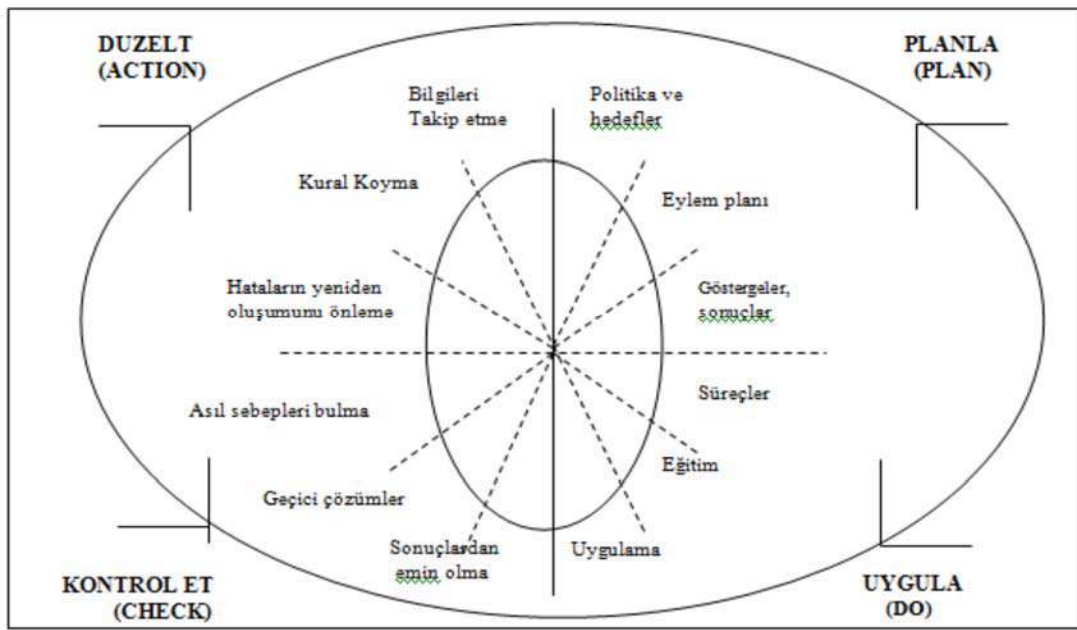
1.4.5. Sürekli Geliştirme (Kaizen)

TKY için her zaman daha iyisi vardır ve daha iyiye ulaşmak doğru stratejilerle her zaman mümkündür. Daha iyiye ulaşmanın temelinde ise sürekli gelişme yani “Kaizen” yatar. (Uzan, 2012: 29). Hedef belli bir standardı tutturmak değil, seviyeyi hedeflenen seviyeye doğru ne olursa olsun sürekli ve hızlı bir tempoda geliştirmektir. Japonlar için kalite çalışmalarının başarılı olmasındaki en

önemi unsurdur. (Erturgut, 2012: 66). Sürekli gelişme faaliyetleri sonucu müşteri memnuniyetinin artacağı düşünülür. Sürekli iyileşme ve gelişme en yukarıdan en aşağıya kadar bütün kurum üyelerinin hatta müşterilerin katılımını gerektirir. Kaizen felsefesinin temel ilkesi “En iyi, iyinin düşmanıdır.” (Genç, 2011: 37).

Sürekli gelişerek mükemmelliğe ulaşmak için, aşamaları “planla, uygula, kontrol et, önlem al” olan Deming’ in PUKÖ döngüsü tekrarlanarak uygulanmalıdır.

Şekil 5: Deming’in PUKÖ Döngüsü



Kaynak: Genç, 2011: 38

PUKÖ yönteminde, yönetim süreci içerisinde hedeflenen amaçlara uygun olarak plan yapılır ve uygulamaya geçilir. Uygulama esnasından ya da sonrasında olan ya da oluşması muhtemel problemler sürecin sürekli kontrolünün sağlanmasıyla gözden geçirilir. Yapılması gereken değişiklikler ya da önlemler varsa karar verilir. Bu döngü her yeni yapılanma aşamasında sürekli devam etmektedir. (Genç, 2011: 39)

1.4.6. İstatistiksel Proses Kontrolü

Uluslararası rekabet koşullarında başarılı olmayı hedefleyen örgütlerin çalışmaların kalitesini iyileştirmek için çeşitli istatistiksel yöntemlerden yararlanmaları gereklidir. İstatistiksel kalite kontrol araçları ile süreçteki bir

değişimin gelişmeye yol açıp açmadığını tespit etme ve sistemin neresinde gelişmeye ihtiyaç duyduğunu, neresinde değişim yapmanın en büyük etkiyi doğuracağı tespit edilebilir (Erturgut, 2012: 70).

1.5. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ARAÇLARI

1.5.1. Beyin Fırtınası

Spesifik bir problem ya da konu hakkında fikirler listesi üretmek için kullanılan bir grup tekniğidir. Ekipte bulunan herkesin fikirlerini ortaya çıkarıp, ekibin diğer üyelerine uygun şekilde sunması için kullanılan bir araçtır (Erturgut, 2012: 72-73). Bu yöntemle her üye fikir söylemekte bu durum diğer üyelere ilham vermekte ve böylece fikirlerde artış sağlanarak çok sayıda fikir üretilmektedir. En hızlı şekilde zaman kaybı yaşanmadan en doğru kararın alınması hedeflenmektedir (Kavrakoğlu, 1998: 23-24). Beyin fırtınasının uygulanma amaçları şu şekilde sıralanabilir:

- Düzenli toplantıların yapılması,
- Toplantıda bulunan herkese fikirlerini söyleme ortamı sağlanarak, böylece yararlı ve yaratıcı fikirlerin ortaya çıkmasının sağlanması,
- Toplantı yapılırken zamanın en verimli şekilde değerlendirilmesi,
- Mevcut problemlerin hepsinin ortaya çıkarılması,
- Sorunların çözümüne yönelik toplanacak verilerin belirlenmesi,
- Sorunu ortadan kaldıracak önerileri belirlemek ve uygulanmasını sağlamak,
- Yeni planlanan bir süreçte olası problemlerin önceden tespit edilmesidir (Bektaş, 2013: 31).

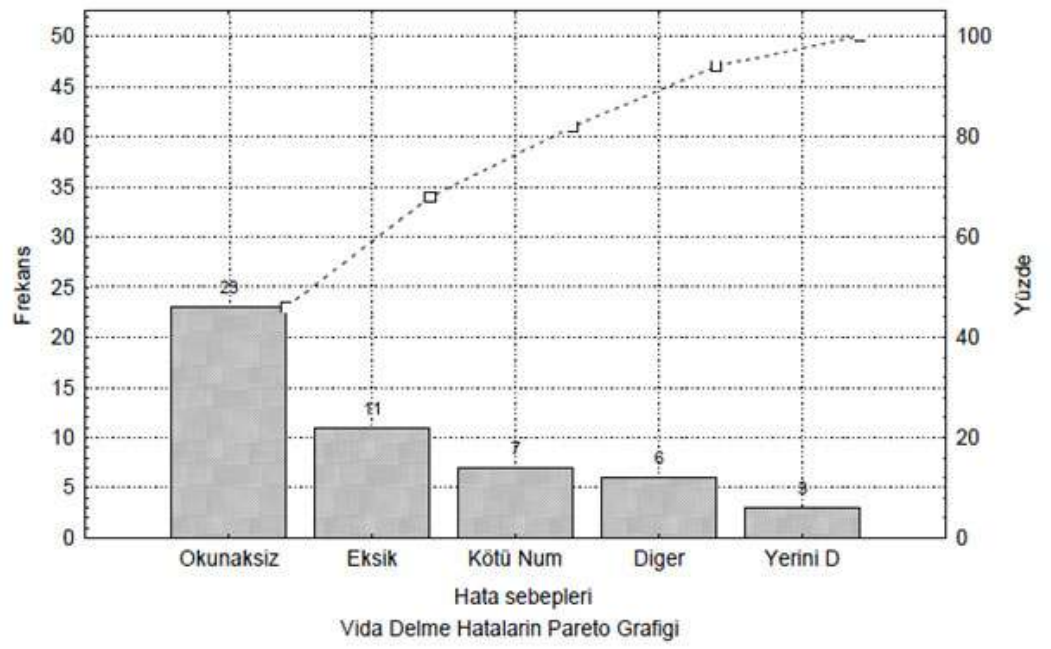
1.5.2. Pareto Diyagramı

Süreçteki problemlerin nedenleri önemine göre ayrılmasına olanak vermesiyle kök nedenlerin belirlenebilmesini sağlamaktadır. Pareto diyagramları problemin nedenlerinin karşılaştırılıp analizini yapma aşamasında kolaylık sağlamaktadır. Pareto diyagramları en fazla maliyete neden olan ve en fazla sıklıkta

ortaya çıkan problemleri göstererek belirli konular üzerinde odaklanılmasına yardım eder (Oral ve Yüksel, 2006: 215).

Pareto diyagramında olaylar sıklık, zaman ve önem sırasına göre grafik üzerinde sıralanır. Bu şekilde oluşturulan tablonun en belirgin özelliği sıralamayı göstermesidir. Olayların sıklık sırasına göre sıralanması hangi konunun daha önce ele alınması gerektiği konusunda fikir verir (Erturgut, 2012: 79)

Şekil 6: Pareto Diyagramı Örneği



Kaynak: http://www.trex.com.tr/yazilimler_paretoanalizi.php

Pareto analizinin faydaları ise şunlardır:

- İsabetli kararlar verilmesini sağlar.
- Hataları önlemede gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar.
- Bütün sorunların listesini çıkarır.
- Sorunların hangi oranda olduğunu saptar ve bu sorunların önem derecesini saptar.
- Takım çalışmasını yönlendirir.
- Uygulamada kolaylık sağlar.
- Sorunların ana kaynağını belirler.

- Sürekli gelişme adına yürütülen faaliyetlerin sonuçlarını göz önüne serer (Bektaş, 2013: 32).

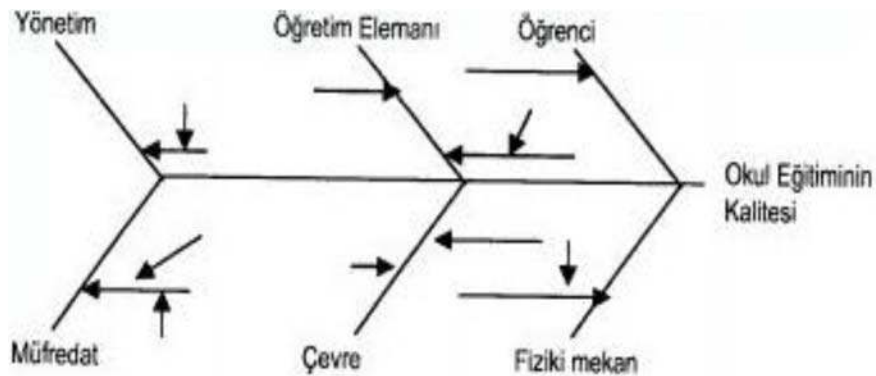
1.5.3. Sebep- Sonuç Diyagramı

Kaoru Ishikawa tarafından işletmelerdeki kalite sorunlarının nedenlerini belirlemek için geliştirilmiş, şekli sebebiyle “Balık Kılçığı Diyagramı” olarak da anılan yöntemdir.

Sebep sonuç diyagramının hazırlanmasındaki aşamalar şöyledir:

- Sorun tespit edilir. Sorun açık ve herkesin anlayacağı şekilde tanımlanır.
- Sorunun temel nedenleri belirlenir. Bu nedenler ana gruba ayrılır. Bunlar makine, metot, malzeme ve işgücüdür. (Sorunların nedenleri belirlenirken beyin fırtınası ya da pareto tekniklerinden faydalanılabilir.)
- Sorunun kaynaklanabileceği olası sebepler beyin fırtınasında birinci tur oylamanın sonunda aldıkları oy adedine yani önem sırasına göre sıralanır. En çok oy alan öneriler bir daire içine alınarak işaretlenir. En az oy alan olası nedenim ise tartışmaya açılıp açılmayacağına üyeler karar verir.
- Tartışma bittikten sonra en olası nedenleri sıralamak için ikinci tur oylamaya geçilir. İkinci tur oylamada her üye tek bir nedene oy verir.
- Birinci sırayı alan en olası nedenlerden başlanarak, gerçek neden bulunana kadar nedenler doğrulanmaya çalışılır (Küçük, 2010: 26).

Şekil 7: Sebep - Sonuç Diyagramı

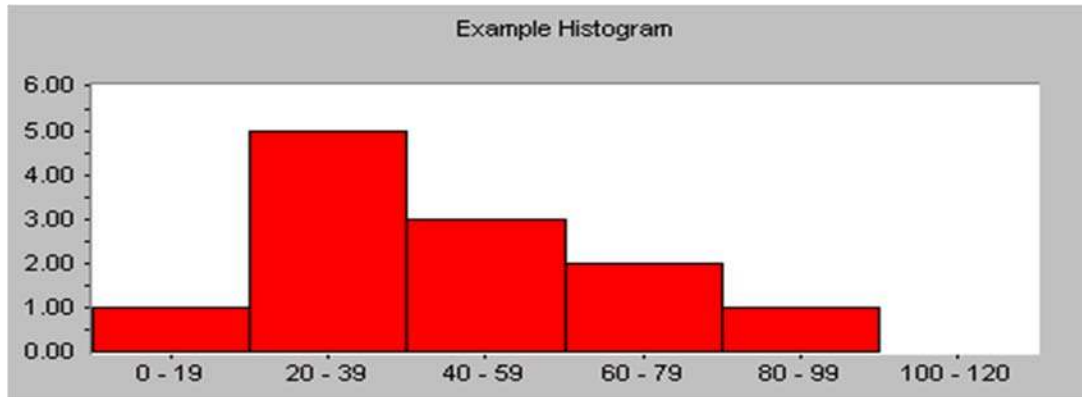


Kaynak: Küçük, 2010, 27

1.5.4. Histogram

Histogramlar, süreçteki değişimleri belirlemek amacıyla kullanılan çubuk türü grafiklerdir. Histogramlardan kalite konularının özetlenmesi ve analiz edilmesi, verilerin karşılaştırılması, süreçteki düzensizliklerin belirlenmesi amacıyla yararlanılmaktadır (Oral ve Yüksel, 2006: 215). Kalite geliştirme çalışmalarında en çok kullanılan teknikler arasındadır.

Şekil 8:Histogram



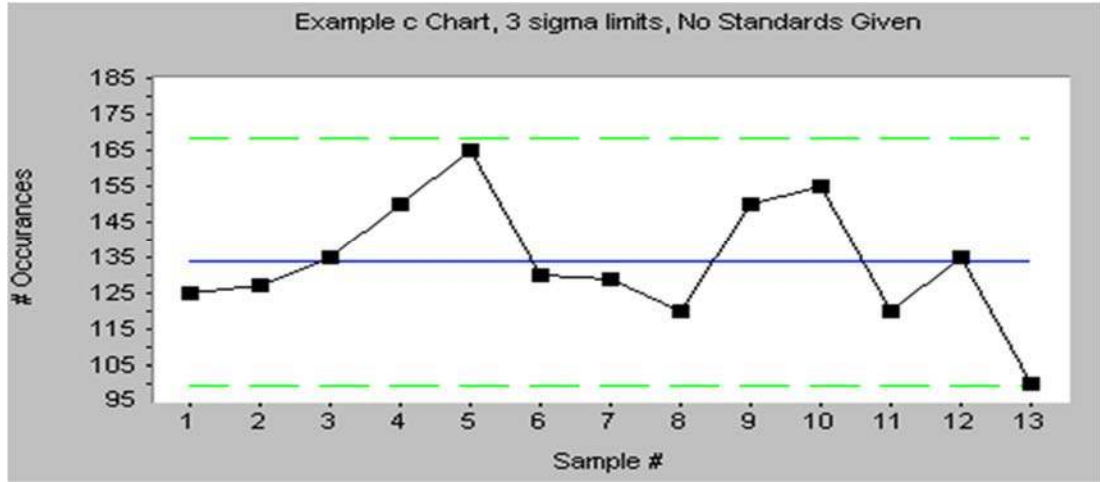
Kaynak: <http://www.skymark.com/resources/tools/histograms.asp>

1.5.5. Kontrol Şemaları

Kontrol çizelgeleri (çetele diyagramı), sürmekte olan eylemin çeşitli yönlerini grafike etmekte kullanılır. Shewhart' ın bulduğu bu araç “istatistiksel kalite kontrolü” hareketini başlatmıştır (Erturgut, 2012: 73).

İşletmenin çalışmalarının planları doğrultusunda devam edip etmediğinin izlenmesi amacıyla kullanılır. Genel değişken faktörü özel değişken faktörden ayırarak süreçte meydana gelebilecek anormal değişiklikleri engellemeyi amaçlamaktadır. Kontrol çizelgeleri belirli bir olayın ne kadar sıklıkta tekrarlandığını araştırır (Bektaş, 2013: 30).

Şekil 9: Kontrol Çizelgesi



Kaynak: <http://www.skymark.com/resources/tools/histograms.asp>

1.5.6. Süreç Akış Diyagramı

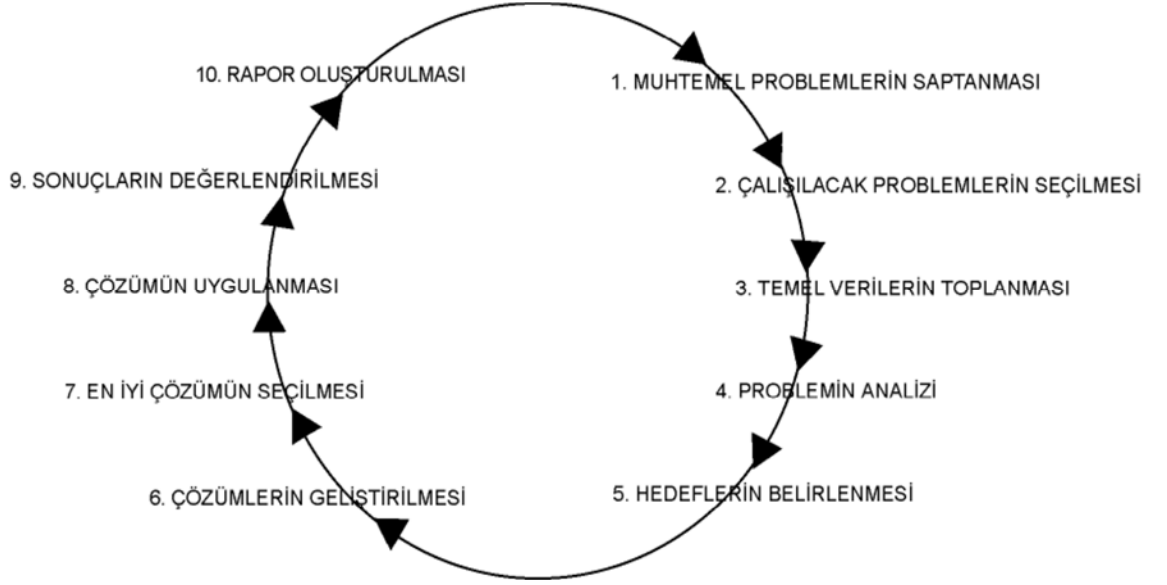
Süreç akış diyagramları, bir faaliyetin ürünün ya da sürecin gerçekleştirilmesinde takip edilen adımların birbiri ardına eklenmesiyle faaliyet, ürün ya da sürecin gerçekleşme evrelerinin sıralı bir şekilde görülmesine yarayan bir kalite aracıdır (Halis, 2000: 13).

Akış diyagramı sürecin basamaklarını doğal sırası içinde sunar. Uygulamada sürecin nasıl işlediğini göstererek potansiyel güçlükler belirlenebilir. Böylece sürecin uygulamaya konmasından önce potansiyel güçlüklerden kaçınılması için düşünme sürecine yardımcı olur (Erturgut, 2012: 76).

1.5.7. Kalite Çemberleri

Kalite çemberleri, aynı mesleki faaliyet içerisinde olan çalışanların gönüllü olarak kendi işleri ile ilgili problemleri tanımlamak, araştırmak ve çözmek üzere düzenli olarak bir araya gelerek yaptıkları grup çalışmalarıdır. Kalite çemberlerinin temeli, verimliliğin artırılması amacıyla insan kaynaklarının ve teknik kaynakların bir araya getirilmesi; örgütteki etkisi ise istek, yaratıcılık ve vizyon geliştirilmesidir (Erturgut, 2012: 80).

Şekil 10: Kalite Çemberlerinin İşleyişi



Kaynak: Bektaş, 2013: 28

Kalite çemberlerinin felsefesi:

- İnsanlar yaptıkları işte uzmandır.
- Herkesin katkıda bulunmak için düşünceleri ve istekleri vardır.
- İnsanlar işletmenin başarılarını önemser.
- Herkes problem çözümüne yardım edebilir.
- Sistemi destekleyici olarak hareket eder.

Bu felsefe doğrultusunda, geliştirme veya iyileştirme için problemlerin ya da fırsatların bir serisini tamamlanır, bunlar içinden en önemli olan seçilir, mevcut sistem analiz edilerek seçenekli çözümler üretilir. Üretilen seçenekler değerlendirilerek en pratik ve maliyet etkili çözüm veren seçenek seçilir. Sonuç olarak da bulgular, sonuçlar ve tavsiyeler yönetimle paylaşılır (Öztürk, 2009: 394).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

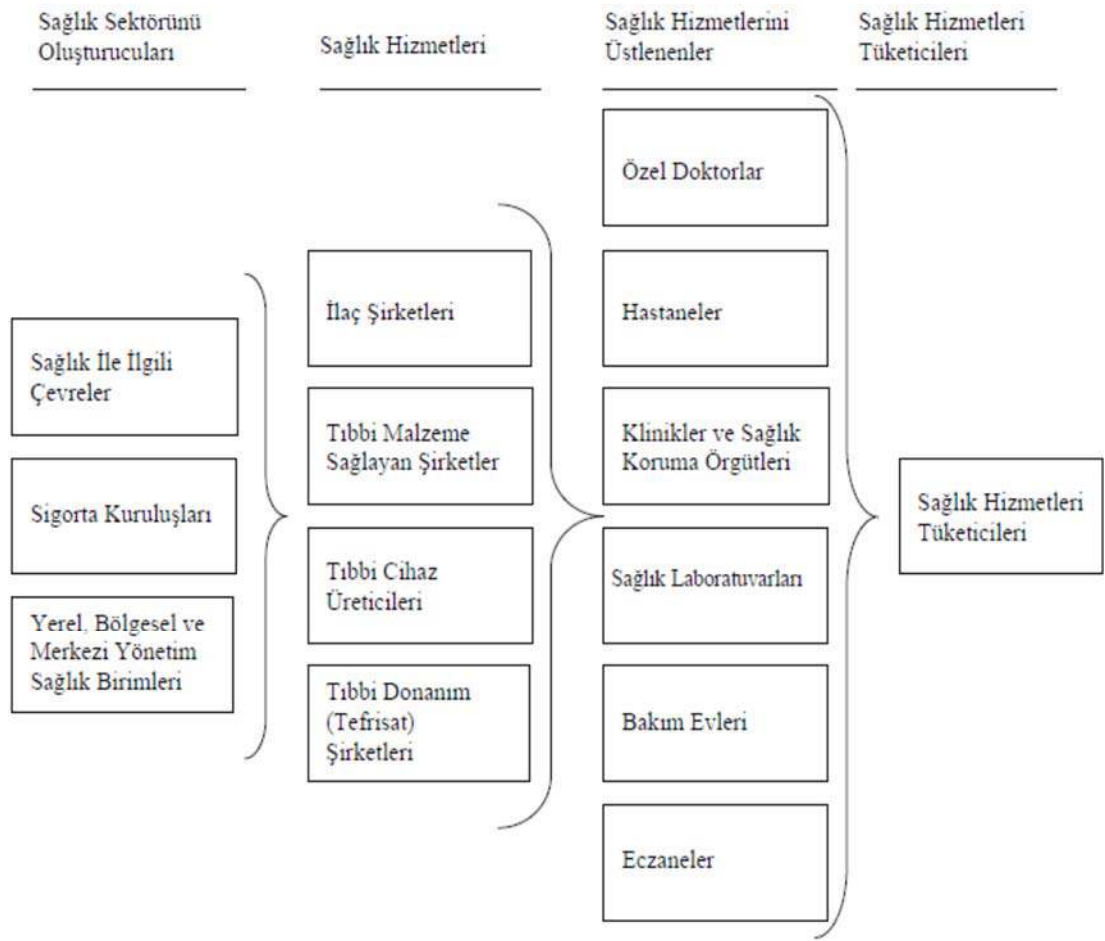
Sağlık hizmetleri genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaları içermektedir. Sağlık hizmetleri daha geniş tanımlanacak olursa, insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüdür (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 7). 12.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamıştır; “Sağlık hizmetler insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir” (Yapraklı ve Karabulut, 2001: 118).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetleri tanımını, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanılarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde yapmıştır (Yapraklı ve Karabulut, 2001: 118).

Kısacası; sağlık hizmetleri kavramını sağlık hizmetleri, bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dâhilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını gerçekleştirme gayesiyle, konularında uluslararası standartlara uygun yükseköğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilimsel bilgi birikimlerini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak suretiyle harekete geçiren ve sağlık konusunda başta tıp ve işletme

bilimleri olmak üzere bütün uluslararası kabul görmüş bilim dallarını kamuya, özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığı ile sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır (Genç, 2011: 58).Sağlık hizmetleri endüstrisi Şekil 11’ de gösterilmektedir.

Şekil 11: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi



Kaynak: Genç, 2011:58

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevre içinde yaşama hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Bu temel hakkın, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi bulunmaktadır. Hammurabi kanunları, bu konuda bilinen en iyi örnektir. M.Ö. 2000 yılında yaşayan Babil Kralı Hammurabi kendi adıyla anılan kanunlarda,

hekimlerin sorumluluklarını ve alacağı ödülleri belirlemiştir (Kavuncubaşı, 2000: 18).

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye ve insana yönelik hizmetler olarak ikiye ayrılır. Çevreye yönelik hizmetlerin amacı çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri kişileri etkilemelerini önlemektir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 28). Koruyucu sağlık hizmetleri toplumu ve bireyleri hastalıklardan korumak ve hastalık etkenlerinden uzak tutmaktır. İnsanlara içecekleri temiz suyun sağlanması, çevre sağlığı, sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıklardan korunması, sıtma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama, erken tanı, beslenme, obezite, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi toplum amaçlı konular koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ele alınarak insanların hastalıklara yakalanmadan sağlıklı bir yaşam sürmeleri hedeflenmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tüm fertlerine; Sağlık Evi, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planması Merkezleri (AÇSAP), Verem Savaş Dispanserleri, Sıtma Savaş Birimleri, Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserleri, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi ve Toplum Sağlığı Birimleri ile Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Merkezlerinde verilmektedir (Öztürk ve Özata, 2010: 9).

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık durumları bozulan kişileri eski sağlığına kavuşturmak için verilen tüm hizmetleri içerir. Temel olarak hekimin sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin desteğiyle gerçekleştirilir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 32).

Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınmış olup, bu basamaklar şöyledir:

- Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri: hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Sağlık ocakları,

özel poliklinik ve muayenehaneler, dispanserler ve sağlık merkezleri birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlardır.

- İkinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri: Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve yatarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Devlet hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardır.
- Üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri: Üniversite hastaneleri gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen ileri düzey tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenmiştir (Öztürk ve Özata, 2010: 10).

2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla, kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere olanaklar dâhilinde yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlayan hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri yataklı ve yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 32). İki başlıkta incelenir:

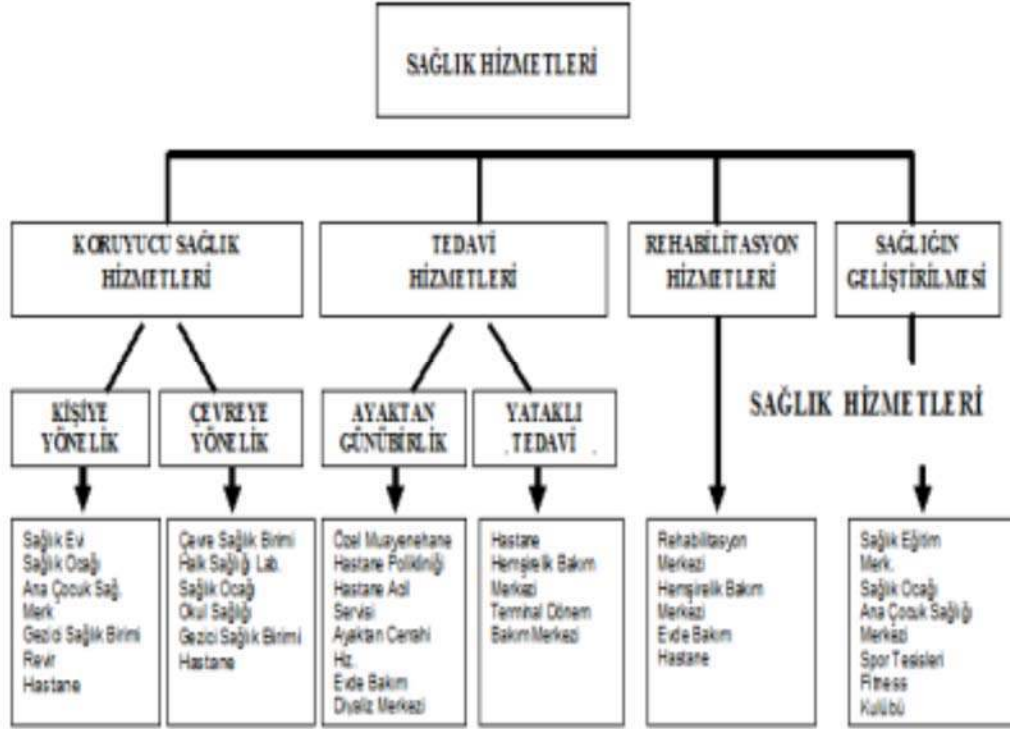
- Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri: bedensel ve kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitelerinin protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb kusurların giderilmesi çalışmalarıdır.
- Sosyal ve Mesleki Rehabilitasyon Hizmetleri: Sakatlık ya da özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi için beceriler kazandırma çalışmalarını kapsar (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 32-36).

2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlıklı kişilerin sağlık durumlarının daha üst düzeye yükseltilmesini sağlayan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi görevi ulusal ve uluslararası tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşlarına düşmektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

bireyin ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik faaliyetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 39). Sağlık hizmetleri ve sağlık işletmeleri şekil 12 de şematize edilmiştir.

Şekil 12: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri



Kaynak: Genç, 2011: 60

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Ülkelerin sosyoekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri sağlık hizmetleridir. Toplumların refah seviyesi arttıkça sağlığa verilen önem de artmakta, sağlık giderlerini karşılamak için bütçelerden daha fazla kaynak ayrılmaktadır (Kuzhan, 2009: 11).

Günümüzde Dünyada birçok ülkede sağlık hizmetleri ciddi anlamda zorluklarla karşı karşıyadır. Sağlık sistemlerinin kapasitesi gelişmekte olan ve

gelişmiş ülkelerde farklıdır dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin hastalara ulaştırılmasında belli başlı ilkelere de değişiklikler yaşanmaktadır. Bu değişikliklerin çoğu küresel hale gelmiştir. En çok etki yaratanlar ise aşağıda sıralanmıştır:

- İnsanlar yaşlandıkça sağlık ve sosyal hizmetlere daha çok ihtiyaç duymaktadır. Yapılan araştırmalara göre 2051 yılında Avrupa Birliği'nin nüfusunun % 40'ı 65 yaşından yüksek olacaktır ki bu sağlık ve sosyal hizmetlere talebin çok daha artacağına düşünülmesi,
- İnsanların eşitsizliğin azaltılması konusundaki beklentilerinin artması, hizmetlerin kalite ön planda tutularak kanıta dayalı hale getirmesi,
- Akut ve kronik hastalıkların tedavisindeki karmaşıklıkların artması.
- Ayrılmış bütçe içerisinde kalacak şekilde en iyi hizmetlerin verilebilmesi için kaynakların optimal kullanımına ve o hizmetlerin maliyetinin sınırlandırılmasına ihtiyaç duyulması,
- Hastaların güvenliğinde çok önemli bir etkisi olan klinik hataların azaltılması konusundaki ihtiyacın artması,
- İnsanların yer değiştirme durumları göz önünde bulundurularak sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin artırılması,
- Sağlık bilgilerine ihtiyaç duyulan olan yerde ve zamanda kolaylıkla erişilebilirliğin sağlanması.

Bütün bunlar, yıllar boyunca sağlık endüstrisinin gelişiminde, işletilmesinde yön gösterici olmuştur. Bu bilgiler değerli bir kaynak olarak ele alınmış, verimin ve etkinliğin artırılması için yapılan çalışmalarda önemli rol oynamıştır. (Colesca, Dobrica, 2009: 134)

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu piyasa diğer piyasalara göre farklılık göstermektedir. Ekonomistler tüketicinin kendi tüketim davranışlarına yönelik en iyi kararı kendisinin verdiği görüşünü savunmaktadır. Yani tüketiciler piyasa ortamında talebin belirleyicisi konumundadır. Tüketici egemenliği söz konusudur. Ancak sağlık sektöründe tüketicilerin kendi sağlık durumları ve sağlık hizmetleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması sebebiyle sağlık hizmetleri talebinde asıl belirleyici sağlık profesyonelleridir (Genç, 2011: 58).

Hastalar hizmetin niteliği hakkında kolay bilgi sahibi olamazlar, sağlık personeline güven duymak zorundadırlar. Dolayısıyla tüketiciler hizmetlerini satın almadan önce hizmetin değerini ölçemezler. Sağlık hizmetlerinin ertelenmesi de mümkün değildir. Zamanı ve mekânı çoğu zaman tercih edilemeyebilir.

Sağlık hizmetleri piyasalarının nitelik bakımından diğer piyasalardan ayıran bazı özellikler şöyledir:

- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek grupları arasında sürekli eşgüdüm sağlanmalıdır.
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarını önemli ölçüde belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde tam etkili yönetsel ve kurumsal bir denetim mekanizması kurulamamıştır. Sağlık hizmetleri pahalıdır.
- Yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir. Hizmet standartlaştırılmaz, her hasta için o hastaya özel süreç izlenir.
- Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez. İkamesi yoktur.
- Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır. Tolerans gösteremez
- Verilen hizmet çıktılarının tanımlanması ve ölçümü zordur (Bilgili ve Ecevit, 2008: 204-205).

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Sağlık hizmetleri, toplumun refah seviyesinin ve mutluluğunun geliştirilmesi için insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bunları yerine getirmede sürekliliği esas alan hizmetleri kapsamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşu ise bir aracı rol üstlenerek müşteri/hasta ile sağlık ekibini ve doktoru bir araya getirmekte ve tedavi için uygun ortamı hazırlayıcı bir işlev görmektedir (Çavuş ve Gemici, 2013: 239).

Toplumsal ihtiyaçların değişmesi, işletmelerin ürettiği ürün ve hizmetlerin niteliğinin ya da tümüyle işletmenin değişmesini gerektirmektedir. Günümüzde her

alandanda yaşanan bu hızlı değişim, sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan hayatıyla ilgili olması ve meydana gelebilecek hataların geri dönüşünün çoğu zaman imkânsız olması sağlık hizmetlerinde kaliteyi kaçınılmaz kılmaktadır (Aslantekin ve diğerleri, 2007: 57-59).

Kalite kavramı sağlık sektörü için kaçınılmaz bir koşuldur. Her türlü tedavide kalite unsuru, hastanenin o pazardaki payını genişletmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite iki açıdan değerlendirilebilir. Bunlar; sağlık tedavisi kalitesi ve hizmet kalitesidir. Sağlık tedavi kalitesi, tıp biliminin ve sağlıkla ilgili teknolojiyi kullanarak hastaların sorunlarını gidermektedir. Hizmet kalitesi ise hastalarla hizmet verenler arasındaki çift yönlü psikolojik ve sosyal ilişkiler ile yatak çarşaflarının temizliği, verilen yemeğin lezzeti, bekleme salonlarının temizliği ferahlığı gibi detayları kapsamaktadır. Hastanelerde TKY çalışmaları teşhis, tedavi ve bakım süreçleriyle doğrudan ilişkilidir (Uzan, 2012: 44).

TKY' ye ihtiyaç duyulmasının nedenleri toplumun satın alma gücünün ve kaliteli hizmet taleplerinin artması, tedavi kurumlarında rekabetlerin başlaması olup sağlık sektöründe de diğer sektörlerle benzerlik göstermektedir (Bilgili ve Ecevit, 2008:202).

Sağlık sektöründe hastalar sağlık hizmet sunucuları arasında büyüyen rekabetten ötürü hizmet almak için geniş yelpazede seçim yapabilmektedirler. Bu durum göz önünde bulundurularak hizmet sunucuların mevcut imajlarını koruyup yükseltebilmek için yeni zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Sürekli kendilerini yenileyerek yeni müşteriler kazanma ve eskilerini kaybetmeme arzularındadırlar (Murawska, 2013: 65).

Toplam Kalite Yönetimi bir sağlık kuruluşunda tüm iş görenlerin katılım ve inisiyatif kullanımını gerekli kılan bir süreç olması yanında, ekip çalışmasını da gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, hastaneler günümüzün en karmaşık çalışma yapısına sahip işletmelerdir. Hastaneler içerisinde her sağlık hizmetine ayrılmış çok sayıda alt organizasyon birimi bulunmaktadır. Hem nitelik hem de nicelik bakımından farklılıklar gösteren bu birimlerde hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesi ve çalışma düzeninin sağlanması oldukça güçtür (Genç, 2011: 66).

Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesi yedi özellikle tanımlanmaktadır.

- Etkenlik (Efficacy): Etkenlik mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade eder.
- Etkililik (Effectiveness): Sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Bir sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan hizmetin, diğer özellikleri iyi olsa bile, kaliteli olarak kabul edilmesi mümkün değildir.
- Verimlilik (Efficiency): Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi anlamına gelir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı, pahalı olan hizmete göre daha kalitelidir.
- Optimal Olma (Optimality): Kullanılan (hastaya verilen) hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır.
- Kabul Edilebilirlik (Acceptability): Verilen hizmetlerin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelir.
- Yasallık (Legitimacy): Verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse, toplum tarafından kabul görmeyecektir.
- Eşitlik (Equity): Tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 273).

Bu özellikteki bir sağlık kuruluşu her zaman tercih edilmektedir. Buradan hizmet alan kişilerin memnuniyetlerinin devamlılığı ve çevrelerindeki olumlu bir şekilde etkilemeleri kaçınılmazdır.

TKY 'nin sağlık hizmetlerinde uygulanması çok zor ve uzun bir süreçtir. Kaliteli sağlık hizmeti sunumuna tüm personelin katılması oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme faaliyetlerinin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için, her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de, kalite ilkelerinin (müşteri memnuniyetinin sağlanması, katılımcılık, liderlik, sürekli geliştirme, sıfır hata, motivasyon, sürekli eğitim, kurumsal iletişim) ok iyi bilinip uygulaması gerekmektedir.

Sağlık rgtlerinde etkin olarak toplam kalite yönetimi sistemlerinin kullanılması örgütlere bazı avantajlar sağlamaktadır. Buna göre,

- Hastaların ve paydaşların güveni artacaktır.
- Yönetim ve uygulama düzeylerinde kalite artacak, tekrarlanabilirlik sağlanacaktır.
- Birimlerdeki hatalar azalacak, hasta şikyetlerinde belirgin düşüşler yaşanacaktır.
- Her birim için yetki ve sorumluluklar belirlenecektir.
- Hata maliyetleri azalacaktır.
- Daha önce yaşanmış potansiyel hataları önlemek için öngörülerde bulunulacaktır.
- Hastalara sunulan kaliteyi ve etkinliği arttıracaktır.
- Sağlık hizmetlerindeki rekabeti arttıracaktır. (Zgodavova, Colesca, 2007: 33).

2.4.1. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Tarihçesi

Bir Japon kız çocuğu doğduğunda 85yaşına kadar yaşama beklentisine sahipken, Sierra Leone'de doğan diğer kız çocuğunu 36 yaşına kadar sürebilecek bir yaşam beklemektedir. Japon kız çocuğu, yeterli beslenme, bağışıklama ve iyi bir sağlık ortamına sahip olacaktır. Eğer anne olursa, yüksek kalitede anne bakım hizmeti alacak, yaşlandıkça bir kronik hastalığı olacak ama çok ileri düzey tedavi ve rahabilitasyon olanakları önünde olacak ve ortalama olarak yıllık 550 Dolar veya gerektiğinde daha yüksek rakamlarda ilaca erişimi olacaktır. Bu arada Sierra Leona'deki kız çocuğunun bağışıklama hizmeti alma olasılığı oldukça düşüktür. Tüm ocukluk ağı boyunca yüksek olasılıkla düşük kilolu olacaktır. Muhtemelen

adölesan dönemde evlenecek, eğitilmiş kimselerin yardımı olmadan 5-6 ya da üzerinde doğum yapacaktır. Bunlardan biri ya da birkaçı bebeklik çağında ölecektir ve bunun yanında kendisinin de doğum ve gebelik esnasında ölme olasılığı oldukça yüksek olacaktır. Hastalanacak olursa ortalama 3 Dolarlık ilaca ulaşabilecek, orta yaşlarını göreceğ olursa kronik hastalıklar geliştirecek ve tedaviye ulaşmadan ölecektir. Bu senaryo tıbbın ve halk sağlığının neler yapacağına işaret etmektedir. (http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm)

Global düzeyde sağlık eşitsizliklerinin ekonomik, siyasal ve sosyal olmak üzere birçok nedeni bulunmaktadır. Ancak insanların kolay erişilebilir, ekonomik ve kaliteli sağlık hizmeti alma hakkı göz ardı edilemez. (http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm)

Dünyada sağlık hizmetleri konusundaki hassasiyet her geçen gün artmakta birçok ülke sağlık alanında ciddi çalışmalar yürütmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması ile ilgili çalışmalar çok eskilere dayanmaktadır. M.Ö. 2000’de Mısır papirüslerinde belgelenen tıbbi uygulama standartları, M.Ö. 1100’de Chou hanedanının, doktorların mesleğini uygulamaya geçmeden önce bir sınavı geçmelerini istemesi ve doktorlara yapılan ödemeleri hasta sonuçlarına göre belirlemesi sağlık hizmetleri alanında kalitenin sağlanması amacıyla yapılan ilk düzenlemeler sayılabilir. M.Ö.5. yüzyılda Hipokrat’ın yazılı mesleki davranış kuralları oluşturması, MS. 1000’de İran’da tıbbi uygulama yapanların bilgilerinin sınavla değerlendirilmesinin istenmesi tarihteki en eski kalite yaklaşımlarıdır. Ayrıca 19. Yy başlarında modern hemşireliğin kurucusu kabul edilen FloranceNightingale, İngiltere’ de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır (Kaya, 2005: 19).

Dünyada toplumsal sağlık anlayışıyla yatay programlarla ve topluma en yakın yerlere hizmet götürebilmek amacıyla çok önemli politikalar geliştirilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ve World Health Organizations (WHO) tarafından en temel unsurları ortaya konulan sağlık sektöründe kaliteye yönelik standartlarda çitanın yükseltilmesi kapsamında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1977 yılı asamblesinde “ Herkes İçin Sağlık” parolasıyla sağlık hizmetlerinin kalitesinin

geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin eşit ve güvenli olarak sunulması amacıyla 21 hedef belirlemiştir (Bozkurt vd., 2011: 165-166) .

Sağlık Hizmetlerinde kalite çalışmalarında ABD öncü konumdadır. 1951 yılında ABD ‘de kalite konusunda kar amacı gütmeyen önemli bir kuruluş olan Joint Comission on Accreditation of Hospitals (JCAH) kurulmuştur. Kuruluşun adı 1989 yılında daha geniş alanda hizmet sunabilmesi için Joint Comission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) olarak değiştirilmiştir (Şahin, 2012: 87).

Görüldüğü gibi dünyada pek çok sektörde rekabetin artması ve pazarın genişlemesiyle birlikte sunulan sağlık hizmetlerinde de 1980’li yıllardan sonra özellikle Hastane Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi hızlı bir yayılma göstermiştir (İncesu ve Yorulmaz, 2011).

2.4.2. Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetiminin Gelişimi

Birçok ülkede sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için TKY yöntemleri uygulanmaktadır. Ülkemizde de sağlık hizmetlerinde kaliteye ve TKY’ ye artan bir ilgi vardır. Sağlık Bakanlığı’nın bu konudaki çalışmaları her geçen gün ivme kazanarak devam etmektedir (Kaya, 2004: 3).

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri olan “Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” hedefi çerçevesinde Mayıs 2007 tarihinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde çalışmalarına başlamıştır (www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=1)

Sağlık Bakanlığı’nın çalışmalarını yıllar itibariyle şu şekilde özetlemiştir:

-1999 yılında;

- ABD’de yılda 44.000-98.000 hastanın önlenabilir hatalar nedeniyle hayatını kaybettiğini ortaya koyarak hasta güvenliği kavramını gündeme getirmiştir.
- SSK hastanelerinde ISO 9001 sertifikasyonu için çalışmalar başlatıldı.

- İstanbul’da gönüllülerden oluşan bir “Sağlıkta Kalite Çalışma Grubu” kuruldu.

-2002 yılında;

- Memorial Hastanesi Türkiye’de JCI akreditasyonu alan ilk sağlık kuruluşu olmasıyla, diğer hastanelerde akredite olmaya yönelik çalışmalar hız kazandı.
- Sağlık Bakanlığı performansa dayalı ek ödeme sistemini uygulamaya koydu.

-2003 yılında;

- Kamu ve özel sektörden birçok hastanenin kalite sistemi ISO 9001 sertifikasıyla belgelendirildi. Türkiye’de Kalite Derneği (Kal-Der) tarafından verilen Mükemmellik Kararlılık ödülünü alan ilk sağlık kuruluşu Acıbadem Sağlık Grubu oldu.

-2005 yılında;

- Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ulusal Akreditasyon Sistemi (USAS) Yürütme Kurulu oluşturuldu.
- Sağlık Bakanlığı Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmalarıyla performans sistemine kalite boyutunu da eklemiş oldu. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet altyapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir değerlendirme sistemi hayata geçirildi.
- Kamu hastaneleriyle hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. ilk olarak 100 sorudan oluşan kalite kriterleri 2007 yılında 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır.

-2006 yılında;

- Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği (SKİD) kurularak, European Society for Quality in Healthcare'e (ESQH) tam üye olarak kabul edildi.
- USAS yürütme Kurulu, çalışmalarını kapsamlı bir rapor ve hazırlanan yasa tasarısı önerisini Sağlık Bakanlığı ve sağlık sektörüyle paylaştı.
- JCI uluslararası hasta güvenliği hedeflerini duyurdu.
- Sağlık Bakanlığı Eskişehir Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi KalDer tarafından verilen Ulusal Kalite Ödülünün sahibi oldu.

-2007 yılında;

- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı oluşturuldu.
- Uluslararası bir akreditasyon programı daha Türkiye ile tanıştı. European Society of Medical Oncology (ESMO) Anadolu Sağlık Merkezi'nin onkoloji hizmetini akredite etti.
- JCI bünyesine, Türkiye'den tetkikçi katıldı.

2008 yılında;

- Sağlık Bakanlığı 150 sorudan oluşan kalite standartlarında önemli bir yenileme yaparak Hizmet Kalite Standartları (HKS) adını verdiği yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan, 354 standart içeren bir set oluşturdu.
- Sağlık Bakanlığı HKS'yı baz alarak hastaneleri tetkik etmeye başladı.

-2009 yılında;

- Sağlık Bakanlığı tarafından özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır.
- SKİD tarafından “Önce Kalite” dergisinin 2009 Eylül-Ekim sayısında “Sağlık Hizmetlerinde Kalite” başlıklı özel bir dosya hazırlandı.

- Avrupa Birliği tarafından fon sağlanan ve dört klinik durumu (doğum, inme, kalça çıkıklığı ve akut miyokard enfarktüsü) inceleyen DUQuE projesi başlatıldı ve SKİD' in ülke koordinatörlüğünde projenin uygulanacağı sekiz ülkeden biri de Türkiye oldu. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığının desteği ile 30 hastanede anketler ve 12 hastanede klinik verilerin toplanması sağlandı ve Türkiye proje sürecine uyum sağlamak konusunda en başarılı ülkelerden biri oldu.
- Kadıköy Şifa Hastanesi Ulusal Kalite Ödülü'nü kazandı.
- Sağlık Bakanlığı tarafından Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi düzenlenmeye başladı.

-2010 yılında;

- Ulusal Kalite Kongresi için sağlık alanında yedi panel, üç çalıştay düzenleyen SKİD ile KalDer arasında stratejik bir işbirliği anlaşması imzalanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri vermeye başladı.
- Sağlık Bakanlığı Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumlarını başlattı. (Kuş, 2012: 28-30; <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=355>).

Sağlık Bakanlığı 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu 19 Mart 2012 tarihinden itibaren Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin varlığı sona erdi ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kuruldu. Daire Başkanlığının temel hedefleri arasında;

- Sağlıkta Ulusal Akreditasyon yapısını kurmak,
- Ülke genelinde tüm sağlık kurumlarını belirlenmiş olan bir eşik kalite ve hasta güvenliği hedefleri üzerine çıkarmak,

- Ülke olarak kalite ve hasta güvenliği adına sahip olduğumuz tecrübe ve bilgi birimini başta komşu ülkeler olmak üzere dünya ülkeleri ile paylaşmak bulunmaktadır (Çavuş ve Gemici, 2013: 246).

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı görevleri ise şöyle sıralanmaktadır:

- Kamu, üniversite ve özel sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, verimlilik ve klinik etkililik hususlarını esas alan kalite standartlarını belirlemek, bu standartların sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmasını değerlendirmek,
- Klinik kalite göstergeleri geliştirmek,
- Sağlıkta kalite standartlarına ilişkin uygulama rehber oluşturmak,
- Hasta ve çalışan memnuniyet ölçümüne ilişkin anketler ve uygulama rehberleri oluşturmak,
- Hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarını sağlıkta kalite standartları ile hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde periyodik olarak değerlendirmek,
- Sağlıkta kalite ve akreditasyon sistemini kurmak, kurallarını belirlemek ve kalite ve akreditasyona yönelik faaliyetleri değerlendirmek,
- Sağlıkta kalite, akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği konularında ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- Sağlıkta kalite standartlarına yönelik sertifikasyon programları düzenlemek,
- Sağlıkta kalite değerlendiricisi kapasitesini oluşturmaktır (<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=426>).

2.5. HASTA MEMNUNİYETİ

Sağlıkta kalitenin gelişmesi birçok ülkede sunulan hizmetlerin reformunda ve iyileştirilmesinde çok çarpıcı bir rol oynamaktadır. Bütün ülkeler erişilebilirliğin,

eşitliğin ve güvenliğin sağlanmasında, hastaların hizmet sunumu sürecinde aktif bir şekilde rol almasında ortaya çıkabilecek zorluklarla yüzleşmek zorundadır. (Kovačić, Klapan, 2013: 228).

Sağlık işletmelerinde hasta memnuniyeti, işletmenin sunduğu hizmetin hastanın gereksinimini ne ölçüde karşıladığı, hastanın bu hizmetten gerçekte almak istediği faydanın ne kadarına ulaştığı ve hizmet sonrasında işleme hakkında ne düşündüğünü gösterir. Aynı zamanda bu hizmeti alırken ne gibi faktörlerin etkin olduğu ve hizmetin sürekliliği hasta için önemlidir. Sağlık işletmelerinde hasta memnuniyetini temel olarak hastanın aldığı tıbbi bakım hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, sağlık personelinin ilgisi ve iletişimi, temizlik, teknolojik altyapı, otelcilik hizmetleri, yemek sunumu, hizmete erişim hızı, bürokratik işlemler, yönetim anlayışı, fiyat ve kalite gibi faktörler belirlemektedir (Şahin vd, 2005:137).

Sunulan hizmetlerde sosyal, politik ve profesyonel hoşnutsuzlukta küresel seviyede bir fikir birliği vardır. Genellikle problemler sağlık hizmetlerinin uygulanmasında, klinik etkinliklerin zayıflığında, hasta güvenliğinde, ödenen ücretlerin adil olup olmamasında, hastaların tatminsizliğinde ve sosyal sorumluluğa bağdaşmayan uygulamalarda çıkmaktadır. Bunun sonucu olarak, gelişmiş ülkeler önleyici sağlık hizmetlerine, birinci basamak sağlık hizmetlerine, hastaların geri bildirimlerde bulunarak sürece dâhil olmasına ve sağlık hizmetlerini bir bütün olarak ele almaya odaklanmış durumdadır (Kovačić, Klapan, 2013: 228).

2.5.1 Sağlık İşletmelerinde Müşteri Kavramı

Sağlık hizmetleri açısından önceleri hiç kullanılmayan “müşteri” sözcüğünün 1980’li yılların ortalarından beri yoğun şekilde kullanıldığı görülmüştür.

Sağlık kurumlarının tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Sağlık hizmetlerinde “müşteri” denildiğinde eskiden akla sadece hastalar gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretim sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” müşteri olarak kabul edilmektedir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 277).

Sağlık işletmelerinde iç ve dış müşteriler olmak üzere iki farklı müşteri grubu bulunmaktadır. Sağlık işletmelerinde görev yapan veya sağlık hizmetleri üretimine katılan tüm birey ve kurumlar iç müşterileri, sağlık işletmelerinin hizmetlerinden doğrudan ya da dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumlar ise dış müşterileri oluşturmaktadır. Dış müşteri grubunun en büyük kısmını oluşturan ve birincil müşteri sayılan hastaların yanı sıra hasta yakınları, refakatçiler, diğer sağlık işletmeleri, anlaşmalı kurumlar, eczaneler, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, inşaat şirketleri, devlet ve toplum sağlık işletmelerinin dış müşterilerine örnek olarak verilebilir. Öte yandan personel, yöneticiler, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlar sağlık işletmelerinin iç müşterileridir (Kuzhan, 2009: 66).

Şekil 13: Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler

İç Müşteriler	• Kurum Personeli (hekim, hemşire vb.) • Pay sahipleri • Danışmanlar
Dış Müşteriler	• Hastalar, • Hasta Yakınları, • Refakatçılar, ziyaretçiler • Devlet • Eczaneler, • Diğer sağlık kurumları • Anlaşmalı kuruluşlar, • Dernekler, • Medya, • Sigorta Şirketleri, • İlaç firmaları, • Tıbbi malzeme firmaları ve satıcıları

Kaynak: Kavuncubası, 2000, 292

Görüldüğü gibi sağlık işletmelerinin memnun etmesi gereken oldukça geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Sağlık işletmelerinin yaşamını başarılı bir şekilde devam ettirebilmesi, büyük ölçüde bu müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayabilme becerisine bağlıdır. Tüm müşteri gruplarının istek ve beklentileri birbirinden farklı olduğu için sağlık işletmesi yöneticilerinin her müşterisinin tatminine yönelik stratejiler belirlemesi önemlidir (Kavuncubası ve Kısa, 2007: 277).

2.5.2. Sağlık İşletmelerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlanması

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel ve toplumsal değerleri içeren pek çok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır (Zaim ve Tarım, 2010: 9).

Memnuniyet, müşterinin aldığı hizmet veya ürünün performansına yönelik düşünceleri ve yorumuna bağlıdır. Müşteri memnuniyeti, işletmenin sunduğu hizmetin müşterilerin ihtiyaçlarına ne ölçüde cevap verebildiği müşterinin bu hizmetten gerçekte almak istediği faydanın ne kadarına ulaştığı ve hizmet sonrası işletme hakkında ne düşündüğünü gösterir (Kavuncubaşı, 2000: 232).

Sağlık hizmetleri endüstrisi sektördeki gelişmeler ve artan rekabetten kaynaklanan bir çerçevede varlığını sürdürebilmek için hizmet dağıtım sistemini yeniden yapılandırmıştır. Bu yapılanma hastaların ihtiyaç ve arzularının tatmini için etkin yollar bulmaya odaklanmıştır. Sağlık hizmetleri yaklaşımı hasta merkezlidir ve sağlık hizmetleri kültürünü tıp profesyonellerinin tercih ve kararlarında, hizmet kullanıcılarının bakış açısı ve ihtiyaçlarına kaydırmaktadır (Choi vd, 2005: 140).

Sağlık işletmelerinin temel çıktılarından biri olan hasta memnuniyeti, müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması, bu istek ve beklentilerin üzerinde hizmet verilmesi olarak tanımlanır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 277). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti hastanın beklediği hizmet düzeyi ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak tanımlanır. Müşteri memnuniyetini artırmadan rekabet ortamında ayakta kalmak mümkün değildir. Dünyada ve ülkemizde sağlık alanında rekabetin hızlanması müşterilerin gözünden kaçmamaktadır ve kendisini tatmin edecek hizmet kalitesinin peşinden gitmelerine sebep olmaktadır. Hasta ve hasta yakınları hastalık döneminde oldukça hassaslaşır, sağlık işletmesi ve çalışanlarından beklentileri artar. Bu hassas dönemde hayatlarını emanet ettikleri işletmeden ve kişilerden memnun edilmeyi beklerler ve beklentilerinin ne oranda karşılandığı oldukça önem kazanır (Sahin ve diğerleri, 2005: 141). Ancak; bazı durumlarda, sağlık hizmetlerinin doğal yapısı nedeniyle memnuniyetsizlik kaçınılmaz bir sonuç olabilmektedir. Örneğin aşı yapılan bir çocuğun uygulama sürecinde ve daha sonrasında memnuniyetini sağlamak imkânsızdır. Bu gibi

memnuniyetsizlik yaratan durumlarda dahi kişilerin olabildiğince memnun edilmeye çalışılması sağlık hizmetlerinin en temel amaçlarından olmalıdır (Kuzhan, 2009: 67).

2.5.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetini etkileyen çeşitli faktörleri anlamak için araştırmacılar, hastaların sağlık hizmet kalitesini değerlendirirken dikkate aldıkları doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin ilgisi ve fiziksel şartlar gibi çeşitli sağlık hizmeti kalite boyutlarını ortaya koymuşlardır. Hasta memnuniyeti hasta beklentilerinin onaylanması veya onaylanmamasının bir fonksiyonu olarak formüle etmiş ve tutumu, beklentilerin bir fonksiyonu olarak belirtmiştir (Kavuncubaşı, 2000: 293).

Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetten yararlanmış kişilerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 279). Hastanın geçmiş deneyimleri, arkadaşları aracılığı ile edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkilemektedir (Zaim ve Tarım, 2010: 9).

Kavuncubaşı ve Kısa' ya (2007) göre hastaların psikolojik ve sosyal özellikleri almış oldukları sağlık hizmetinden memnuniyeti etkilemektedir.

Psikolojik Özellikler

Kişilik: Hastalar kendi kişilikleri veya çevreye yansıtmaya çalıştıkları kişilikleri ile satın aldıkları hizmetin imajını karşılaştırır ve uyumlu olmasına dikkat ederler. Genç olmayı, hareketli ve enerjik kalmayı kendi kişiliği ile bağdaştıran bir hastaya bezer şekilde yaklaşılması, daha fazla konuşulması ve çevresinin onun seveceği şekle sokulması memnuniyetini olumlu etkileyecektir.

Algılama: Hastalar, sağlık kuruluşu seçimini o kuruluş hakkında elde ettikleri algılama ve imaj ile yaparlar. Sağlık işletmesi seçimi sonrasında görüşleri de algılamalarına bağlı olarak değişir.

Motivasyon: İnsanları motive eden güç, ihtiyaçlarını karşılayabilme umududur. Hastalar, sağlık hizmeti satın almadan önce ne kadar çok motive olmuşlar

ise kullanım ve faydalanma sonrası hastaların memnuniyet ya da memnuniyetsizlikleri o da derece yüksek olacaktır.

Tutumlar: Tutumlar ve inançlar birbirlerini destekleyen faktörler olarak insan yaşamında öne çıkmaktadır. İnsanlar her şeye karşı tutum geliştirip, inanç oluşturabilirler. Dolayısıyla bir sağlık işletmesinin reklamlarına, tanıtımına, satış gücüne, yansıttığı imaja, mal ve hizmetlerine karşı oluşabilecek en basit negatif bir tutum veya olumsuz inanç potansiyel hastaları soğutabilir ve farklı alternatiflere doğru itebilir. Eğer hastaların edindikleri ilk izlenim olumlu ise tutumları da olumlu olacaktır.

Yenilikçilik Düzeyi: Sağlık işletmeleri sundukları yeni hizmetler ile hastalarına daha fazla olanak, kullanım kolaylığı, fayda, zaman tasarrufu sağladıkça hastaların da memnuniyeti artacaktır.

Sosyokültürel Özellikler

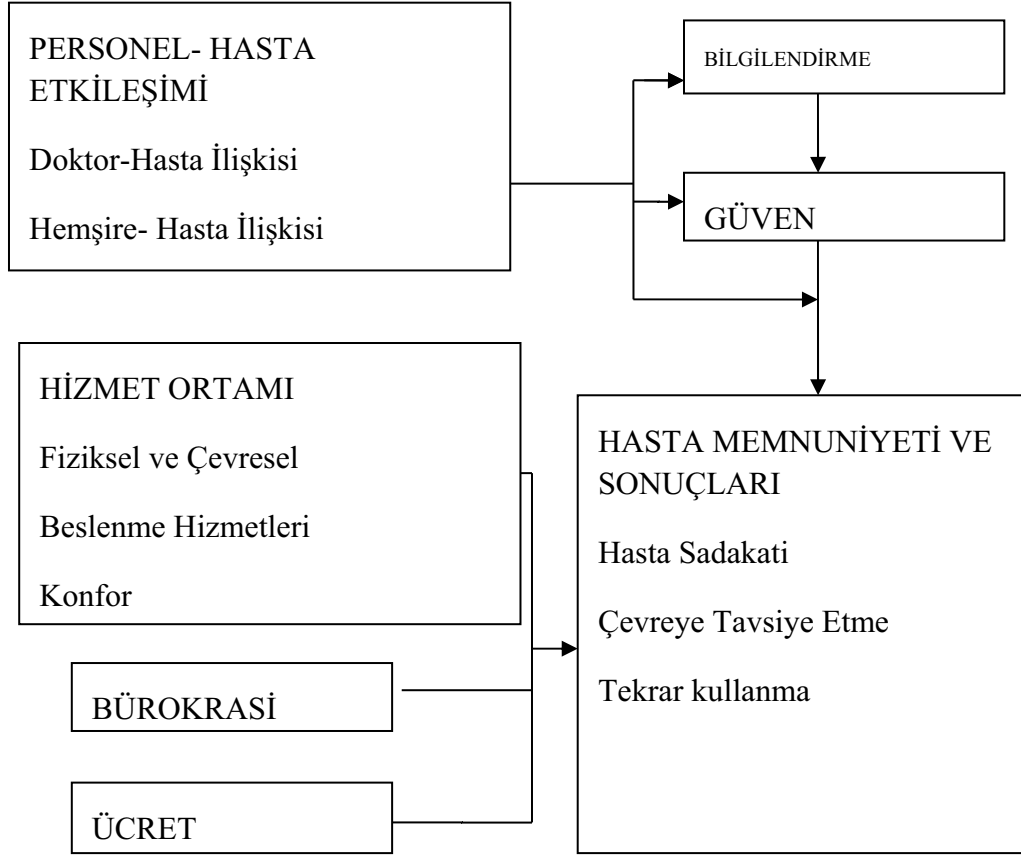
Sosyal Sınıf: İnsanların fiziksel ihtiyaçları dışında, refah düzeyini arttırmak, diğer insanlar tarafından fark edilmek, kişisel seçim haklarını ve alternatifleri genişletmek gibi ihtiyaçları vardır. Söz konusu ihtiyaçların bir üst sınıfta daha rahat karşılanacağına dair oluşturulan inanç sebebiyle bir üst sosyal sınıfa geçmek için çabalanır.

Kültür: Sadece sunulan fiziksel ve medikal ihtiyaçlarını karşılamak yeterli olmayacağından, sunulan hizmetin yansıttığı kültürün ve değerlerin, hastalarındaki ile uyumuna ve benzerliğine dikkat edilmelidir. Örneğin insanlarla iletişimin, dilin, inançların ve değer yargılarının, giyim tarzı ve görünümleri vb.

Aile: hastalar herhangi bir sağlık hizmeti aldıklarında tek başlarına bir tüketici olarak kabul edilmemelidir. Hasta memnuniyetinin sağlanabilmesi için gerekli şartlardan biri de hastaya sunulan hizmetin yakınları tarafından benimsenmesidir.

Hastaları tatmin etmek, onların istek ve beklentilerini belirlemek ve karşılamak için yöneticinin hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemesi gerekmektedir.

Şekil 14: Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler



Kaynak: Kavuncubaşı ve Kısa, 2007

Personel- Hasta Etkileşimi:

- Hekim Davranışı: Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket, güler yüz ve saygı gösterme gibi davranışlarına dikkat ederler. Hekimin davranışı müşteri memnuniyetinin yanında verilen hizmetin etkililiğini de artırmaktadır.
- Hemşire Davranışı: yataklı tedavi kurumlarında hastaların tedavi süresinde en fazla etkileşimde bulundukları personel grubu hemşirelerdir. Hemşirelerin güler yüzlü, nezaket ve saygılı davranışları hasta memnuniyetini olumlu etkiler.

Hasta Bakım Kalitesi: Sağlık kurumunda görevli hekimlerin, mesleki becerileri ve yeterliği, hastanede kalış süresi, hastanenin alanında yetkin olması, tedavi sonucu oluşan kalıcı rahatsızlıklar, hastaya zamanında müdahale, ileri teknolojiye dayalı hizmet sunulması, hizmetlerin yaygınlığı, konsültasyon hizmetlerindeki hız, acil servisin yeterliliği hasta memnuniyetini etkiler.

Bilgilendirme: hasta ve yakınlarının hekimler tarafından, yalın, teknik olmayan, anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi alacağı tedavi hususunda, hekimle birlikte karar vermesi, kişinin hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmesi için önemlidir. Çünkü hastalar sağlık durumunu rahatsızlığı ilgili ayrıntıları ve tedavi sürecini merak etmektedirler.

Ulaşılabilirlik ve Bulunabilirlik: Sağlık kurumunun fiziksel uzaklığı ulaşım kolaylığı gece ve tatil günleri hizmet sunabilmesi, uzman bulundurması, hastanın istediği zaman doktoruyla görüşebilmesi, bekleme süresi memnuniyeti etkilemektedir.

Beslenme Hizmetleri: Hastalar sunulan yemeğin sadece kalitesinden değil, yemeği sunan kişilerden sunuş şekline kadar dikkat etmektedir.

Örgütsel ve Fiziksel Çevre Koşulları: Sağlık kurumlarının örgüt içi ilişkileri, çalışma ortamı, haberleşme olanağı, refakat ve ziyaret olanakları, sosyal ve kültürel etkinlikler, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, yönlendirme (aradığı yeri kolay bulma), otopark, bekleme odaları gibi fiziksel özelliklerin hasta memnuniyetini etkilediği saptanmıştır.

Güven: Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, onlarda güven duygusu oluşmasına yol açmaktadır. Hasta kendine yapılan tedavinin doğru ve yeterli olduğunu hissetmelidir. Ayrıca hasta mahremiyetine özen gösterilmesi de hastaların güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır.

Ücret: özellikle sosyal güvencesi olmayan hastalar için ücret önemlidir. Hastalar kaliteli hizmetleri en düşük ücretle almak isterler. Hizmetin maliyeti ve ödeme kolaylığı önemlidir.

Bürokrasi: Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları işlemlerin sayısı ve resmi işlemlerin tamamlanması için geçen süre hasta memnuniyetini etkilemektedir (<http://www.nilgunsarp.com/?p=19>).

2.5.4 Hasta Memnuniyetinin Önemi

Hasta memnuniyetini sağlamak bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konudur. Algılanan değerler ile olması gereken değerler arasında her zaman yakalanamayan bir uyum söz konusudur. Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetleri sağlayıcıları için temel bir gerekliliktir. Memnuniyet hastaların kendileri veya kurumsal alıcılar karar verme konumunda oldukları için önemlidir. Üstelik hasta tutumu müşteri sadakatine olan pozitif etkisinin yanı sıra hasta memnuniyeti, doktor tavsiyeleri ile ilgili hasta şikâyet oranlarını da etkilemektedir (Yılmaz, 2001: 73).

Sağlık işletmelerinde hasta memnuniyetinin dört temel nedenden dolayı önem taşıdığı ileri sürülmektedir:

1.İnsancıl nedenler: İyi ve kaliteli hizmeti alma hakkı, hastaların temel haklarının başında gelmektedir. Hastaneye gelen hasta; ağırlı endişeli gerilimli olabilir, bu nedenle, sağlık kurumuna gelen hastaların en iyi sonucu veren hizmetlerden yararlanma hakları bulunmaktadır. Hizmetlerin hem teknik ve bilimsel alanda yeterli olması hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekmektedir. Ayrıca hastalara insancıl tarzda hizmet verilmesinin, hukuksal boyutu da bulunmaktadır. Çağdaş demokratik ve insan haklarına saygılı tüm toplumlarda olduğu gibi ülkemizde de hasta hakları konusunda çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır.

2.Ekonomik nedenler: Hastalar hizmetin alıcısıdır. Sağlık, birinci öncelikli grup olduğu için hastalar içinde bulundukları koşullar sebebiyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha özenlidir. Ameliyat olması gereken bir hasta, hastane seçiminde oldukça ciddidir ve ödediği ücretin karşılığını fazlasıyla görmek ister.

3.Pazarlama nedeni: sağlık kurumları, müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta memnuniyetine önem vermek

zorundadır. Sağlık kurumları, hasta sadakatini sağlamak amacıyla hasta memnuniyeti üzerinde odaklaşmalıdır. Hasta sadakati: hastaların gereksinimleri olduğunda hizmetlerinde yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları veya tercih etmeleridir. Hasta sadakati var olduğunda ekonomik nedenler ikinci sırada yer alır. Hastaların memnuniyeti arttıkça hasta sadakati aynı oranda artmaktadır.

4.Etkilik Nedeni: Tatmin edilen hastaların tedavi sürecinden daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Memnun olan hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadır. Verilen ilaçları veya tedavi ile ilgili önerileri düzenli olarak yerine getirmektedir. (<http://www.nilgunsarp.com/?p=19>).

2.5.5 Hasta Tatmini Ölçme Yöntemleri

Hasta memnuniyetinin ölçülmesi bir gereklilik ve göstergedir. Hastaların tedaviye devamlılıkları, sağlık hizmetini sunan kurum ya da kişiyi tekrar isteyip istemediğinin bir göstergesidir. Hastadan geri bildirim yoluyla elde edilen bilgiler, sağlık bakımını verme ve düzenlemede diğer yöntemler arasından seçim yapmada yönlendiricidir (Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları, 2009: 77).

Hasta memnuniyet ölçümleri yöneticilere hastalar ve operasyonel eksikleri göstermede bilgiyi kullanmayı öğretmiştir. Hastane çalışanları etkin bakım, en iyi teknolojinin bulunması ve en kalifiye personel çerçevesinde kaliteli sağlık bakımını tanımlamalarına rağmen bunların hiçbiri hasta memnuniyetini garantilemez. Hastalar birey olarak davranışlar karşısındaki hisleri, bekleme zamanı gibi konularla ilgilenirler (Zaim ve Tarım, 2010: 11).

Hasta memnuniyeti araştırma yöntemleri nitel ve nicel yaklaşımlar olmak üzere ikiye ayrılır. Odak grup görüşmesi, gözlem, video kayıtları nitel araştırmalarda kullanılan ölçme teknikleridir. Yüz yüze yapılan anketler posta ile gönderilen anketler, anket kullanılarak yapılan telefon görüşmeleri ise nicel araştırmalarda kullanılan temel tekniklerdir.

Odak Grup Görüşmeleri: Sağlık kurumundan yararlanan kişilerin deneyim ve önerilerinin öğrenilmesi amacıyla kullanılmaktadır. 8-12 hasta, belli bir süre belirli bir konuda tartışır. Bu tartışma sayesinde hasta tatminini etkileyen faktörler ayrıntılı

olarak belirlenebilir. Hastaların tartışma sırasında birbirinden etkilenmeleri olasılığı bu yöntemin dezavantajıdır.

Telefon Görüşmeler: sağlık kurumundan yararlanmış kişilere telefonla ulaşılarak bilgi toplanmasıdır.

Anket Uygulaması: en yaygın kullanılan yöntemdir. Anket, kolay uygulanabilir, düşük maliyetli, geçerlilik güvenilirliği kolay ölçülebilir olması ve diğer örnek araştırmalarla kolay karşılaştırılabilir olması sebebiyle ve daha az eğitilmiş personel gerektirmesi sebebiyle çok tercih edilir. Yazılı, mektup ya da görüşme yoluyla uygulanabilir.

Diğer Nitel Yöntemler: video, teyp kayıtları, gözlem teknikleri, hasta şikâyetlerini ve önerilerini öğrenmek amacıyla kullanılan yöntemlerdir (<http://www.nilgunsarp.com/?p=19>, Kavuncubaşı ve Kısa, 2007: 285-286).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTA HAKLARI

3.1. HAK KAVRAMI

Tarih boyunca tartışılmış, birçok farklı şekilde tanımlanmış olan hak kavramıyla ilgili günümüzde de birden çok tanım bulunmaktadır. Bazıları hak kavramını hukuk düzeni içinde “hukuk düzenince tanınmış, sınırı, konusu, kullanma şekli ve koşulları gösterilmiş, yararlanılması toplumca sağlanmış özgürlük veya hukuk düzeninin kişilere tanıdığı yetkidir” şeklinde tanımlarken; bazıları felsefi bakış açısıyla, adaletsizlik kavramı üzerinden, “ adaletin gerçekleşmesi, bir kişiye verilmesi gereken şeyin verilmesi” şeklinde tanımlamıştır (Emini, 2004: 203; Mumucu, 1992: 15).

Türk Dil Kurumu ise güncel sözlüğünde adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç, dava ve iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk, verilmiş emekten doğan manevi yetki, emek karşılığı ücret, doğru, gerçek olarak tanımlamıştır

(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.54fc170c91d858.83316601).

Hak, evrensel bir kavramdır. Bir kişinin veya tarafın çıkarlarının diğer kişi veya taraflar karşısında korunması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

İnsanların sırf insan olmaları sıfatıyla doğuştan bir takım dokunulmaz devredilmez, vazgeçilmez haklara sahip olduğu görüşü insan hakları doktrininin temelini oluşturmaktadır (Aydemir, 2010:4).

İnsan hakları düşüncesinin dayanağını; insanın değerinin korunması, insan olanaklarının gerçekleştirilmesi gibi insanlara sağlanmazsa, düşünen, eylemde bulunan, değerlendiren, karşı çıkan, isteyen, sorgulayan, konuşan, üreten insanın vasıflarını yitirebileceği koşullar oluşturmaktadır (Uygun, 2000: 33).

İnsan hakları kısaca; tüm insanların her açıdan doğuştan eşit ve özgür olması olarak tarif edilebilir. Bu özgürlük başkalarının haklarına saygılı olmak ve bu hakları çiğnememe zorunluluğu ile dengelenmiştir. Kazanımlara göre kuşaklara ayrılmış çeşitli insan hakları bulunmaktadır.

İnsan haklarının dinamik bir kavram olması nedeniyle, insanlığın sürekli gelişmesi, ilerlemesi, toplumsal yapı, talep ve ihtiyaçların değişmesi, gelişmesi beraberinde insan hak ve taleplerinin çeşitlenmesi ve zenginleşmesini zorunlu hale getirmektedir. İnsan haklarının tarihsel gelişimi incelendiğinde hakları üç kuşağa ayırmak mümkündür.

Şekil 15: Hak Çeşitleri

HAK		
İNSAN HAKLARI		
1. Kuşak haklar	2. Kuşak haklar	3. Kuşak haklar
Bireysel haklar	Bireysel-devlet ilişkisinden doğan haklar	Dayanışma hakkı
Özgür doğma yaşama	Eğitim, sağlıklı yaşama, çalışma	Tüketici hakkı
		Çevre hakkı
		Hasta hakları

Kaynak: Aydemir, 2010: 4-6

3.2. HASTA HAKLARININ AMACI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Hasta hakları kavramı, insan hakları kavramının ve hukuk sisteminin gelişmesi, benimsenmesi ölçüsünde gelişmektedir. Hasta hakları Şekil 15'te görüldüğü gibi üçüncü kuşak haklar arasında yer almaktadır. Sağlık hakkı, insan hakları gelişim sürecinin ikinci aşamasında, üçüncü aşamasında ise geliştirilerek hasta hakları kavramsallaştırılmıştır (Aydemir, 2010: 6).

3.2.1. Hasta Haklarının Amaçları

Sağlık hakkı, karşılaştırmalı hukukta ‘bireylerin, sağlıklarını korumak için, toplumun sağladığı imkânlardan, vasıtalarından faydalanmaları ya da ‘kişilerin hastalıklar karşısında korunmasını ve hastalık halinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini, tıbbi bakım görmesini devletten isteyebilmesi hakkı’ şeklinde tanımlanırken; Türk Hukuku’nda ‘ kişinin, toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesidir.’ şeklinde tanımlamıştır. Sağlık hakkı, ana rahmine düşmeden başlamış olan bir hak kabul edilir ve bu hakkın devlet tarafından yerine getirilmesi beklenir (Hakeri, 2007: 46).

Sağlıklı olmak, sağlıklı kalmak insanların doğuştan sahip olduğu vazgeçilmez, ertelenmez ve devredilmez en temel haklardandır. İnsanlar bu haklarının farkına genellikle sağlıkları bozulduğunda, bu durumdan nasıl kurtulacaklarının arayışı içindeyken varırlar (Şeremet, 2013: 10).

Hasta hekim ilişkisinde bağımlı, yardıma muhtaç, bilgisiz olan taraf hastadır. Dolayısıyla bilgisine ve becerisine ihtiyaç duyulan hekimin hasta üzerindeki hâkimiyeti göz ardı edilemez. Sağlık kurumlarına başvuran sayısının her geçen gün artması, tıp alanındaki gelişmeler, sistemin son derece karmaşık ve pahalı olması da hastaların sahip oldukları en temel hakları kullanmasını güçleştirmektedir. İşte bu noktada insan onurunun ve bütünlüğünün korunması ve hastaya insan olarak gösterilen saygının artırılması amacıyla, insan haklarının sağlık alanına uyarlanması yani hasta hakları gündeme gelmiştir. (Özlü, 2005: 17; Şeremet, 2013: 10).

Hasta hakları, sağlıklı yaşama hakkının bir parçasıdır. Sağlık ihtiyacı, hasta olduktan sonra başlamaz, kişiler hasta olmadan da sağlığını korumak ve geliştirmek üzere bilgi edinmek check-up yaptırmak gibi sebeplerle hekime başvurup bu haklardan yararlanabilir. Dolayısıyla hasta, hangi nedenle olursa olsun sağlık hizmeti için talepte bulunan kişidir ve hizmete gereksinimi olan herkesin talep ve beklentilerinin karşılanması gerekmektedir. Hasta hakları, hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişimin geliştirilmesi için tarafların uymakla yükümlü oldukları kuralları kapsamaktadır (Özlü, 2005: 14).

3.2.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Hasta hakları, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip oldukları ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış olan hakları ifade eder (Tanrıverdi ve Özmen, 2011: 86).

Hasta hakları hasta ve müracaatçıları haksız, yersiz ve gereksiz uygulama ve tedaviden koruyan yasal, moral ve etik standartlardır (Aydemir ve Özhan, 2011: 87).

Hasta haklarının doğuşuna ve gelişmesine tıp tarihinde var olan mesleki ahlak kurallarının yanı sıra günümüzde kabul edilen değer yargılarının tıp alanındaki yansımalarının büyük etkisi olmuştur (Şeremet, 2013: 10).

Hasta hakları kavramının ilk kez nerede kesin olarak dile getirildiği bilinmemekle birlikte hastalık ve bunun yarattığı sıkıntılar ile birlikte ortaya çıktığı, tarihsel bir süreç sonunda bugünkü aşamasına ulaştığı söylenebilir (Sütlaş, 2000: 63).

Hasta hakları ile ilgili ilk çağlardan beri hekim sorumluluğunu belirleyen bir takım kuralların ve kanunların olduğu bilinmektedir. Dünyanın bilinen ilk yazılı hukuk kuralları olan Hammurabi kanunlarında olduğu gibi ilk çağ uygarlıklarının hemen hepsinde kötü ya da hatalı bir uygulama olduğunda hekim sorumluluğundan söz edilirken ilk kez Roma Hukukunda hekim bilgisizliği ve ihmali ağır kusur sayılmıştır (Aydemir, 2010: 9).

Hasta haklarını düzenleyen ve birçok toplum için hasta haklarının oluşumunda rol oynayan ilk temel metin Hipokrat Yemini' dir. Bu yeminde öncelikle; hekimin hastasına ırk, din, dil, cins ayrımı yapmadan bakması gerektiği vurgulanmış ve benzer şekilde, diğer temel hasta hakları da çok ilkel de olsa vurgulanmıştır (Sütlaş, 2000: 51). Hipokrat'ın M.Ö. 460 ve M.Ö. 370 yılları arasında yaşadığı düşünüldüğünde, tarihsel dönemde de hasta haklarına ne kadar önem verildiği anlaşılmaktadır. Dünyanın hemen her tarafında olduğu gibi Türkiye'de de tıp fakültesini bitiren her hekim 'Hipokrat Yemini' eder. Her hekimin mesleğe ilk adımını attığı anda ettiği bu yemini, söz konusu hakların en ilkel biçimde yazılı

kurallara bağlanmış şekli olarak kabul edebiliriz. Hasta haklarını ilk düzenleyen metin olan Hipokrat Yemini şöyledir:

“Hekim Apollon Aesculapions, Hygia Panacea ve bütün Tanrı ve Tanrıçalar adına ant içerim, onları tanık ve şahit tutarım ki, bu andımı ve verdiğim sözü gücüm kuvvetim yettiği kadar yerine getireceğim. Bu sanatta hocamı, babam gibi tanıyacağım, rızkımı onunla paylaşacağım. Paraya ihtiyacı olursa kesemi onunla bölüşeceğim. Öğrenmek istedikleri takdirde onun çocuklarına bu sanatı bir ücret veya senet almaksızın öğreteceğim. Reçetelerin örneklerini, ağızdan bilgileri şifahi bilgileri ve başka dersleri evlatlarıma, hocamın çocuklarına ve hekim andı içenlere öğreteceğim. Bunlardan başka bir kimseye öğretmeyeceğim. Gücüm yettiği kadar tedavimi hiçbir vakit kötülük için değil, yardım için kullanacağım. Benden zehir isteyen onu vermeyeceğim gibi, böyle bir hareket tarzını bile tavsiye etmeyeceğim. Bunun gibi bir gebe kadına çocuk düşürmesi için ilaç vermeyeceğim. Fakat hayatımı, sanatımı tertemiz bir şekilde kullanacağım. Bunun için yerimi ehline terk edeceğim. Hangi eve girersem gireyim, hastaya yardım için gireceğim. Kasıtlı olan bütün kötülüklerden kaçınacağım. İster hür ister köle olsun erkek ve kadınların vücudu kötüye kullanmaktan mazarrattan sakınacağım. Gerek sanatımın icrası sırasında, gerek sanatım dışında insanlarla münasebette iken etrafımda olup bitenleri, görüp işittiklerimi bir sır olarak saklayacağım ve kimseye açmayacağım.”
http://tr.wikisource.org/wiki/Hipokrat_Yemini

Hasta hekim ilişkisinde mutlak otorite hekimdir. Bu durum geleneksel sağlık sisteminin yapılanmasında da etki göstermiştir. Hasta bu modelde merkezde yer alan hekim vasıtasıyla etkinlik edilgenlik ilişkisi içinde hekimi ile etkileşime girer. Hekim tanı koyar, tedaviyi belirler, hastaların izlemesi gereken doğru yolu gösterir ve onu güvenli bir hayata yönlendirir (Elçioğlu ve Demirhan, 2003: 86).

Hasta haklarının gelişimi ve günümüzdeki yapıya ulaşması uzun mücadeleler sonucu olmuştur. Özellikle birinci ve ikinci Dünya Savaşları sırasında ortaya çıkan insan hakları ihlal ve istismarları, tıp mesleğini icra eden kişilere karşı güvensizlik oluşturmuştur. Bunun karşılığında meslek etiğine ve insan onuruna uygun hizmet vermek isteyen hekimler ve meslek çalışanları hasta hakları kavramına sahip çıkmışlardır. Hasta hakları ile ilgili ilk resmi deklarasyon 1947 yılında

NurembergMahkemelerinde ortaya çıkmış ve doktorlara tıbbi işlemleri uygulamadan önce hastanın bilgilendirilmiş onayının alınması sorumluluğu verilmiştir (Aydemir ve Özhan, 2011: 87).

Tıbbi uygulama hataları ve bunlara karşı yüksek tazminat cezalarının 1970’li yıllardan sonra büyük bir hızla gündeme gelmesi, ‘hasta hakları’ ile ilgili çalışmaların Amerika Birleşik Devletleri’nde başlaması ile paralellik gösterir. İlk kez Amerika Birleşik Devletleri’nde hastanelere yatırılan hastaların, yattıkları sürece bazı etik ve yasal hakları olduğu, Amerikan Hastaneler Birliği tarafından ileri sürülmüş ve 1972 yılında Amerikan Hastane Birliğinin Hasta Hakları Bildirisi yayınlanmıştır (Polat, 2005: 115). Bu bildiri günümüzde de kabul edilen değerlere yer vermesi sebebiyle önemli bir belge niteliği taşır. Hastanın daha memnun edilmesi ve etkin bir tedavi imkânının sağlanması amaçlanmıştır. Hastanenin hasta haklarını desteklemesi tedavi sürecinin bir parçası olarak değerlendirilmiştir. Hekim- hasta ilişkisinin gerekliliğini kabul eden beyannamede hastanın bakımının ‘örgütlenmiş bir yapı olan’ hastanede gerçekleştirilmesi halinde hekim- hasta ilişkisinin yeni bir boyut kazanacağı ileri sürülmektedir (Elçioğlu ve Demirhan, 2003: 88).

Avrupa’da ise 1975 yılı sonlarında Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi hasta hakları ile ilgili öneriler taslağı hazırlamıştır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2012: 462).

Hasta hakları konusunda yayınlanan ilk temel metin Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanan Lizbon Bildirgesidir (Hatun, 1999: 21). Bu bildirgenin maddeleri şöyledir:

1. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
2. Hasta, bir dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.
3. Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da reddetme hakkına sahiptir.
4. Hasta, kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme hakkına sahiptir.
5. Hasta, onurlu bir biçimde ölme hakkına sahiptir.

6. Hasta, dini temsilci de dâhil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi istemeye ya da reddetme hakkına sahiptir (<http://www.haksay.org/?q=node/21>)

Lizbon Bildirgesi madde metinlerinin açıklayıcı olmaması, hasta hakları konusunda sorumluluğu sadece hekimlere bırakması ve sağlık hizmetleri ile ilgili birçok sorunu ele almaması sebebiyle eleştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bürosunca 1994 yılında Amsterdam'da gerçekleştirilen toplantıda Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi kabul edilmiş olup, 1995 yılında yayınlanan Bali Bildirgesi, 'kaliteli tıbbi bakım hakkı, seçim özgürlüğü (hekim, sağlık kurumunu seçme ve değiştirme hakkı), kendi kararını verme hakkı, bilinci kapalı hasta, yasal olarak karar verme yeterliliği olmayan hastanın isteği dışındaki prosedürler, bilgilendirme hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onur hakkı ve dini destek alma hakkı' gibi hasta haklarını detaylı olarak tanımlayarak, Lizbon Bildirgesinin eksiklerini önemli ölçüde gidermiştir (Aydemir, 2010: 13).

Amsterdam ve Bali bildireleri karşılaştırıldığında temel ayrımın 'hastaya yüklenen anlam' bakımından olduğu görülür. 2002'de Roma'da Hasta Hakları Avrupa Statüsü (Ana Sözleşme) benimsenmiştir.

Ülkelerde hasta hakları ile ilgili özel bir yasa olmamakla birlikte, hasta hakları diğer yasal düzenlemeler içinde yer almaktadır. Arjantin, Danimarka, İsrail gibi ülkelerde ise hasta hakları ile ilgili çeşitli yasalar mevcuttur (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2012: 463).

3.2.3. Türkiye'de Hasta Hakları

Amerika Birleşik Devletlerinde başlayıp, Avrupa'da devam eden hasta hakları mevzuat çalışmaları karşısında Türkiye'de ilgisiz kalmamış ve hasta hakları 1980'li yılların sonunda tartışılmaya başlanmıştır (Şeremet, 2013: 14).

Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere yürürlüğe giren yasal düzenlemelerde temel insan hak ve hürriyetleri çerçevesinde bazı hasta haklarına yer verildiği ve doğrudan hasta hakkı olarak belirtilmese de

temel hasta haklarıyla örtüşen hükümlere yer verildiği görülmektedir (Karlıkaya, 2006:17).

Türkiye’de sağlık hakkı ilk kez 1961 Anayasası’nda yer almıştır ve 1982 Anayasası’nda korunmuştur. 1982 tarihli Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda ‘hasta hakları’ başlığı altında veya ‘hastalara ilişkin haklar’ ibaresiyle bir koruma olmasa da hasta haklarının dayanağını oluşturan, sağlığın korunmasıyla ilgili çeşitli hükümler mevcuttur. Bu hükümlerin ilki değiştirilmesi yasaklanmış, 2 nci maddede “Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, milli dayanışma ve adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygılı, Atatürk milliyetçiliğine bağlı, başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, demokratik, laik ve sosyal bir hukuk devletidir.” şeklinde görülür. Sosyal devlet ilkesinin zorunlu kıldığı haklar ise şöyledir:

- Beden ve ruh sağlığı içinde yaşam hakkı, devlet vatandaşlarının beden ve ruh sağlığı içinde yaşama hakkını sağlamakla yükümlüdür.
- Kişinin fikri gelişmesiyle ilgili sosyal haklar ve
- Çalışma hayatına dair sosyal haklardır (Göze, 1995:103-107).

Yine Anayasa’nın 17 nci maddesinin birinci fıkrasında, “ herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını bu yönden geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahiptir.” Denildikten sonra ikinci fıkrasında da “ tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” hükmüne yer verilmiştir. Ayrıca 56 ve 59 uncu maddelerde de vatandaşların sağlığını geliştirici önlemleri alma konusunda devlete sorumluluklar yüklenmiştir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2012: 463).

Türkiye’de hasta hakları konusunda bazı mevzuatlar şöyle sıralanabilir:

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun yayımlanmıştır. Bu kanunda hastaya ilişkin işlemlerde hasta hakları kavramı çerçevesinde, hastanın rızasının alınmasını, eğer hastanın yaşı küçük ise, şuuru kapalı durumdaysa ya da akli melekeleri yerinde değilse, hastanın veli veya vasisinin izninin alınmasının gerekli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hasta ile ilgili kayıtların tutulması zorunlu

kılınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 1928; Sert, 2004: 91).

- Türk Tabipler Birliği tarafından 1961 yılında Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Tüzüğü) kabul edilerek yayımlanmıştır. Nizamnamede hasta haklarından, hekim ve diş hekimlerinin sorumluluklarından bahsedilerek; hekimlerle ilgili hastanın mahremiyetine saygı, hastanın hekimini seçebilmesi, tanı ve tedavinin hastaya açıklanması, sır saklama, hekimin hastanın tedavisinden çekilebileceği gibi konulara yer verilmiştir (Aydemir, 2010: 17).
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 1961 yılında yayımlanmıştır. Bu kanunda kapsayıcı ve sürekli hizmet anlayışı ile toplumun tüm kesimlerine ulaşmak istenmiştir. Entegre hizmet anlayışı ile koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin sağlık ocakları tarafından verilmesi amaçlanmış, ana- çocuk sağlığı hizmetlerine ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir (Sert, 2004: 93).

Türkiye’de hasta haklarına ilişkin olarak atılan en önemli adım, Türkiye’nin taraf olduğu insan hakları sözleşmeleri ile hasta haklarının yer aldığı uluslararası bildirilerin etkisiyle Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 1 Ağustos 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğidir (Aydemir, 2010: 17). Bu yönetmelik temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermekte ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki koruma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır (Özlü, 2005: 15). Sağlık Bakanlığınca hazırlanan hasta hakları yönetmeliği, hasta hakları konusunda oldukça geniş hazırlanmış hukuksal bir metindir. Hasta hakları yönetmeliğine göre sağlık hizmet sunumunda şu ilkelere uyulması gerekmektedir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998: 2).

- Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.
- Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunur.
- Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.
- Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz. Hasta hakları konusunda mevcut yasal düzenlemeler başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık personeline önemli görev ve sorumluluklar yüklemektedir. Sunulan hizmetin kalitesinin artırılması ve yasal açıdan hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi amacıyla bu sorumlulukların bilinmesi ve uygulanması son derece önemlidir (Tanrıverdi ve Özmen, 2011: 87).

Hasta hakları yönetmeliğinde belirlenen hedeflere ve standartlara ulaşılması için yapılması gereken planlamalar ve girişimlerin nasıl yapılacağına ait uygulama programı, 15 Ekim 2003’ de Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge “ ile düzenlenmiştir. Bu yönergenin temel yaklaşımı “kurum veya çalışan odaklı hizmet sunumundan, hasta odaklı hizmet sunumuna geçilmesi” olarak belirtilmekte ve bu amaçla yeni kurul ve birimler oluşturulması öngörülmektedir. İlk yönergenin devamı niteliğinde olan “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” 2005 yılında yayımlanmış, sağlık kurumlarında hasta haklarını uygulamaya geçirmek amaçlanmıştır (Tengilimoğlu vd, 2010: 165-167).

Uygulama ile birlikte Bakanlık hasta hakları merkez şubesi, Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü, Hastane Hasta Hakları Kurulu, Hastane Hasta Hakları Birimi, Sağlık Grup Başkanlıklarında Hasta Hakları Kurulları, Ayakta Teşhis ve Tedavi

Yağın Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Oluşturulan Hasta Hakları İletişim Birimleri kurulmuştur (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005).

3.3. HASTA HAKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Hasta hakları hastaların sağlık çalışanları ve kurumları ile ilişkilerinde koruma altına alınması gereken çıkarlardır. Hasta genellikle hastalığıyla ilgili daha doğrusu sağlığıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı için sağlık çalışanı karşısında güçsüz durumdadır. Bu sebeple hasta hakları konusu gündeme gelmiştir (Özlü, 2005: 15).

Hasta hakları yönetmeliği kapsamında da yer alan herhangi bir sağlık kuruluşuna sağlık hizmeti almak için başvuran herkesin sahip olduğu haklar şu şekilde sınıflandırılabilir:

1. Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama: Hasta sağlık hizmetlerinden ihtiyacına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Hasta adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olup, sağlık personeli de adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde, ırk, dil, din, mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal durumları dikkate almadan sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür.
2. Bilgi İsteme ve Bilgilendirme: Sağlık yüksek derecede uzmanlık gerektiren bir alan olması sebebiyle, sağlık tesislerine başvuran hastalar kuruluşla, hastalık ve tedaviyle ilgili yeterli bilgiye sahip değildirler. Bu sebeple sağlık hizmet sunumunun her aşamasında bilgilendirme yapılmalıdır. Hastanın her türlü sağlık hizmetinin ve imkânının neler olduğunu öğrenmeye ve sağlık durumu hakkında her türlü bilgiyi sözlü ya da yazılı isteme hakkı vardır.
3. Sağlık kuruluşunu ve personelini seçme ve değiştirme: Tüm hastaların, sağlık kuruluşunu seçmeye, değiştirmeye ve seçtiği sağlık hizmetlerinden faydalanmaya, sağlık hizmeti verecek ve vermekte olan hekimlerin ve

diğer sağlık çalışanlarının kimliklerini, görev ve unvanlarını öğrenmeye, seçmeye ve değiştirmeye hakkı vardır. (Hekim Seçme Uygulaması)

4. Mahremiyet: Hastanın beden mahremiyetini ve hastaya dair bilgilerin gizliliğini kapsar. Herkesin gizliliğe uygun olan bir ortamda her türlü sağlık hizmetini almaya hakkı vardır.
5. Reddetme, durdurma, rıza: Hastanın tedaviyi reddetmeye, durdurulmasını istemeye, tıbbi müdahalede rızasının alınmasına ve rıza çerçevesinde hizmetten faydalanmaya hakkı vardır. Her türlü tıbbi müdahale hastanın rızasını gerektirir. Ancak hastanın rıza gösterebilmesi için önceden bilgilendirilmiş olması gerekir. Hastanın yaşının küçük olması ya da kısıtlı halde olması durumunda velisinden veya vasisinden izin alınır. İzin ve rıza şartı ancak hastanın velisinin ya da vasisinin olmadığı veya tıbbi müdahale öncesinde hazır bulunamadığı durumda veya hastanın kendini ifade edemeyeceği durumda aranmaz. Her tıbbi müdahale öncesinde hastaya;

- Kendisi ile ilgili tıbbi gerçekler,
- Önerilen tıbbi gelişmeler,
- Her bir girişimin olası risk ve yararları,
- Önerilen girişimlerin farklı seçenekleri,
- Tedavisiz kalmanın etkisi,
- Tanı, sonuç ve tedavinin gidişatı anlatılmalıdır.

Tüm bunlar anlatıldıktan sonra hastanın kendi el yazısıyla tüm bunları kabul ettiğine dair rızası alınmalıdır.

6. Güvenlik: Herkesin sağlık hizmetini güvenli bir ortamda almaya hakkı vardır. Gvenliklerin korunması ve sağlanması sağlık kuruluşu yetkililerince sağlanmalıdır.
7. Dini vecibeleri yerine getirebilme: Hastaların sağlık tesisinin imkânları lsnde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirme hakkı vardır.
8. İnsani değerlere saygı gösterilmesi, saygınlık görme ve rahatlık: Herkes saygı ve ihtimam gösterilere, güler yüzlü, nazik, şefkatli bir ortamda, her

türlü hijyenik şartlar sağlanmış, gürültü ve rahatsız edici bütün etkenler giderilmiş bir sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Bu hak hasta haklarının temelini oluşturur; çünkü hasta haklarının temelinde insan hakları bulunmaktadır. Hipokrat'tan beri tıp mesleğinin en önemli ilkelerinden biri hastalara gösterilmesi gereken saygıdır. Hastanın kişilik haklarına uygun şekilde ve ortamda hizmet alma hakkı vardır.

9. Ziyaret ve refakatçi bulundurma: Sağlık kurum ve kuruluşlarınca belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ziyaretçi kabul etmeye, mevzuatın, sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde ve tabibin uygun görmesi durumunda refakatçi bulundurmayı istemeye hakkı vardır. Ancak hastanın sağlık durumunun refakatçi bulundurulmasına uygun olması ve hastanın tedavisinden sorumlu olan doktorun uygun görmesi gerekmektedir.
10. Müracaat, şikâyet ve dava: Hastalar haklarının ihlal edildiğini düşünüyorsa, mevzuat çerçevesinde her türlü başvuru, şikâyet ve dava hakkına sahiptir. Hasta haklarının uygulanmaya başlaması ile sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları birimleri oluşturulmuş ve şikâyet mekanizması etkinleştirilmiştir. Hasta şikâyetleri bu birimler tarafından kabul edilmekte olup aynı zamanda düzenli olarak Sağlık Bakanlığına bu şikâyetlerin bildirimi yapılmaktadır. Hasta ve yakınları hasta hakları birimlerine şikâyette bulunduktan sonra mağdur olduklarını düşündükleri durumlarda adli makamlara da tazminat ya da ceza davası açma hakkına sahiptirler (Hasta Hakları Yönetmeliğı 1998; Özlü, 2005; Şeremet, 2013).

3.3.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık İşletmelerinde Hasta Hakları Başvurularının Alınması ve Değerlendirilmesi

Sağlık Bakanlığı tarafından Hasta Hakları Yönetmeliğı'ni yürürlüğe girmesiyle Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde özel bir birim oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) kurulmuş olup, Alo 184 üzerinden hastaların şikâyetlerini iletmesi sağlanmıştır. 81 ilde Hasta Hakları İl Koordinatörlükleri ile bağlı hastanelerde Hasta Hakları Birimleri kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2005:140).

Yönergenin dördüncü bölümünde hasta hakları ile ilgili başvuruları değerlendiren ve çözüm önerileri sunan hasta hakları Kurulu ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Hasta hakları uygulamalarını planlamak, değerlendirmek, uygulamak ve öneride bulunmak üzere biri başkan olmak üzere sekiz kişilik “Hasta Hakları Kurulu” oluşturulur.

Hak ihlaline uğradığını düşünen hastalar idari, cezai ve hukuki olmak üzere üç şekilde haklarını arayabilirler.

-İdari: Devlet hastanelerinde hizmet kusurlarından kaynaklanan zararlardan hasta yönetimi ve ilgili sağlık personeli sorumludur. Hakkı ihlal edilenler, durumu öğrendikten sonra süresi içinde önce kuruma karşı itiraz hakkını kullanıp; hastanede hasta hakları birimine veya hastane yönetimine şikâyetle bulunabilirler.

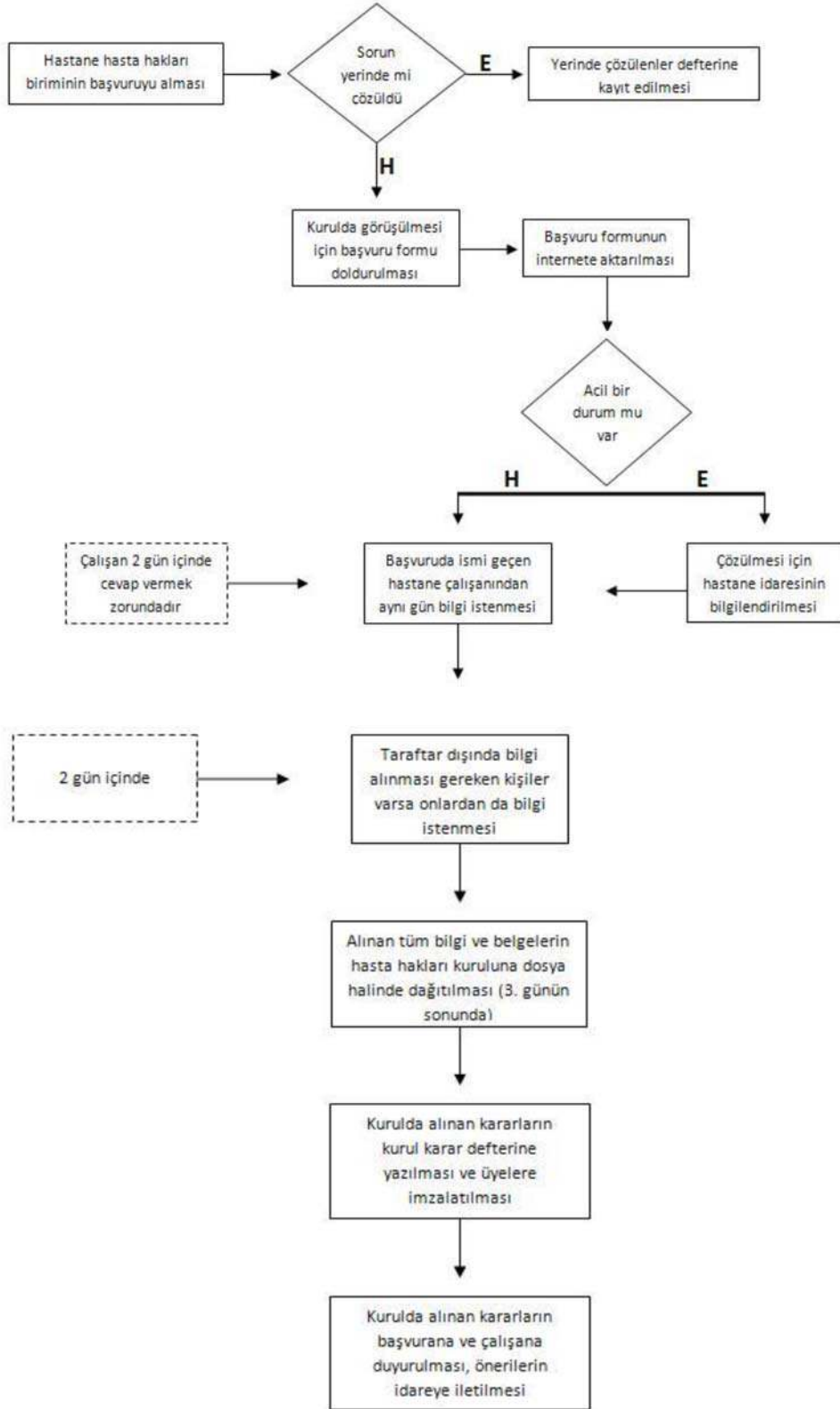
Başvurulardan sonuç alınmadığı takdirde Yetkili İdare Mahkemesi’ne başvurarak yasal takip hakkını kullanabilirler.

-Cezai: Takibi şikâyetle bağlı suçlarda, altı ay içinde savcılığa şikâyetle bulunmak gerekir. Zaman aşımı sürelerini kaçırmamaya çok dikkat edilmelidir. Çünkü süresi içerisinde başvurulmadığı takdirde hak arama olanağı kaybedilir.

-Hukuki: zarar gören hasta veya yakını, Hukuk Mahkemeleri’nde Tazminat davası açabilir. Müdahale sonucu ölüm gerçekleşmişse, ölenin yakınları da destekten yoksun kalma tazminatı talebinde bulunabilir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2012: 463).

Hastaneye başvuran hasta veya hasta yakınları hizmet sunumu esnasında yaşadıkları sıkıntıları hastanelerin hasta hakları birimlerine iletebilirler. Bu şikâyetler kurul üyelerine 1 gün içerisinde dağıtılır. Şikâyet edilen personelden bir gün içerisinde konuya yönelik ayrıntılı bilgi istenir, personele bilgi vermesi için iki günlük süre tanınır. Gelen bilgiye göre taraflar dışındaki kişilerin görüşleri gerekmesi halinde kurul başkanının görevlendireceği bir kişi bir gün içerisinde görüş bildirir ve verilen karar hasta hakları birimi sorumlusu tarafından şikâyet sahibi hasta ya da hasta yakınına iletilir. Yasal süreç ve yapılabilecekler hakkında bilgi verilir (www.saglik.gov.tr).

Şekil 16: Hasta Hakları Birimi İş Akış Şeması



Kaynak: <http://www.bursaonkoloji.gov.tr/onkoloji/hastahak/hhisakis/isakissemasi01>

Hizmet kalite standartlarının büyük oranda kalite, çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler içermesi sebebiyle, hastaların şikâyet konusunda hassasiyetlerinin en üst düzeyde olduğu hastane işleyişi ve organizasyondaki eksiklerin düzeltilmesine yönelik büyük katkı sağlayacağı öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007: 142).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

HASTA MEMNUNİYETSİZLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ

Bu çalışma ile toplam kalite yönetimi kapsamında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin şikâyet yönetim sistemi incelenerek, hasta hakları uygulamalarına ilişkin hasta şikâyetlerini dolayısıyla hasta memnuniyetsizliğinin değerlendirilerek, en çok şikâyete konu olan hasta hakları ihlalinin tespit edilmesi ve buna yönelik iyileştirme önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı'nda elde edilen verilerin analizi ile yapılmış bir değerlendirme çalışmasıdır. Bunun yanı sıra aşağıdaki hususlar hakkında bulgular saptayarak çeşitli öneriler getirmektir:

- Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde hastalar için en önemli ve az önemli hasta hakları neler olduğunu belirlemek,
- Hastaların mesleği, yaşı, cinsiyeti, tahsili ve sosyal durumları ile şikâyetle bulundukları hasta hakları ihlali arasındaki ilişkiyi değerlendirmek,
- Memnuniyetsizliği azaltmak dolayısıyla şikâyetleri azaltmak amacıyla kalite çalışmaları yaparak, iyileştirme önerileri geliştirmek,

4.2. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreninde Türkiye'deki Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastaneleri oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı'nda elde edilen verilere göre 2013 yılında Türkiye genelindeki kamu hastanelerindeki hasta şikâyetleri ele alınmıştır. Çalışma Hasta Hakları Birimi veri tabanında yer alan 2013 yılına ait 28.729 hasta şikâyetini kapsamaktadır.

4.3.VERİ KAYNAKLARI

Gelişen rekabet ortamı, yaşamını sürdürmek isteyen sağlık tesislerini hastalarını kaybetmemek için farklı yöntemler denemeye itmiştir. Bu temelde hastaların ihtiyaç ve beklentilerini tanımak ve hastalarla etkili iletişim kurarak bu duruma adapte olmaya çalışmaktadır. Bu aşamada hastanelerin hasta şikâyetlerini iyi yönetebilecekleri bir sistem kurgulamaları önem kazanmaktadır.

Hasta şikâyet yönetimi, hasta deneyimlerini, beklentilerini ve ihtiyaçlarını sağlık kurumunun mevcut durumuna göre değerlendiren adapte eden bir araçtır. Şikâyetlerin etkili analizi hastaların beklentilerinin neler olduğunu açıkça ortaya koymasının yanı sıra sağlık tesisi içinde iyileştirilmeye gerek duyulan konuların belirlenmesi buna yönelik iyileştirme programlarının oluşturulmasında yol gösterici olmaktadır. Sağlık tesisi içinde hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi, örgütün kalitesini iyileştirilmesini ve performansının artırılmasını sağlayabilmektedir.

Şikâyetler hastalardan gelen aktif geri bildirimlerdir. Şikâyetler sağlık tesisinin kalitesinin hastalar açısından nasıl değerlendirildiğini göstermektedir.

Bu çalışmanın verileri Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı Hasta Hakları Birimi veri tabanına 2013 yılında yapılmış olan şikâyet başvurularını kapsamaktadır. Verilerin analizinde MS Office Excel 2007 ve SPSS 16.0 programları kullanılmıştır. Değişkenlere ait frekans ve yüzdesel dağılımlar elde edilmiştir. Sınıflama düzeyinde elde edilen değişkenler arasındaki bağımlılık testleri için Ki-Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir bağımlılığın veya ilişkinin olduğu belirtilmiştir

Elde edilen bulgular kalite geliştirme araçlarından pareto analiziyle incelenerek en yüksek oranda şikâyete konu olan hasta hakları ihlali tespit edilmiştir. Bu ihlali gidermek şikâyetleri büyük ölçüde azaltacağı için bu şikâyeti elimine etmek memnuniyeti artırarak şikâyetleri azaltmak amacıyla kalite geliştirme araçlarında beyin fırtınası ve balık kılçığı yöntemleri kullanılmıştır.

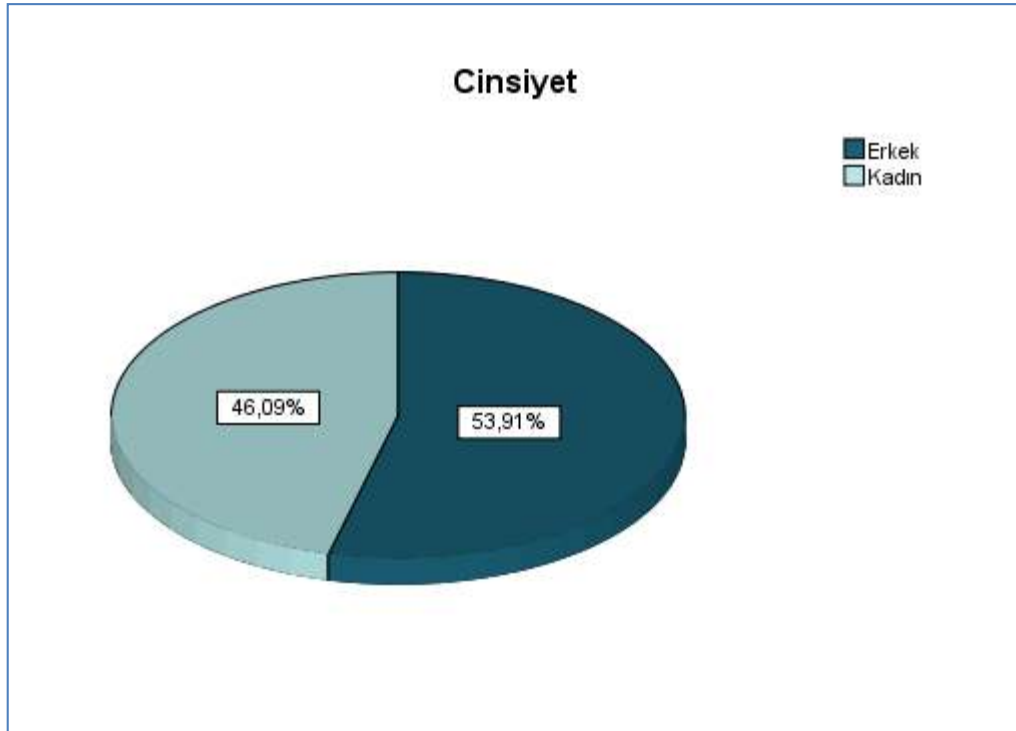
4.4. VERİLERİN ANALİZİ

Tablo 1: Cinsiyete göre Frekans Tablosu

Cinsiyet adı			
	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Erkek	15487	53,9	53,9
Kadın	13242	46,1	100,0
Toplam	28729	100,0	

Hasta şikâyetlerinin cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında, şikâyetle bulunan hastaların %54'ünün erkek olduğu görülmektedir.

Şekil 17: Cinsiyet Dağılımı Grafiği

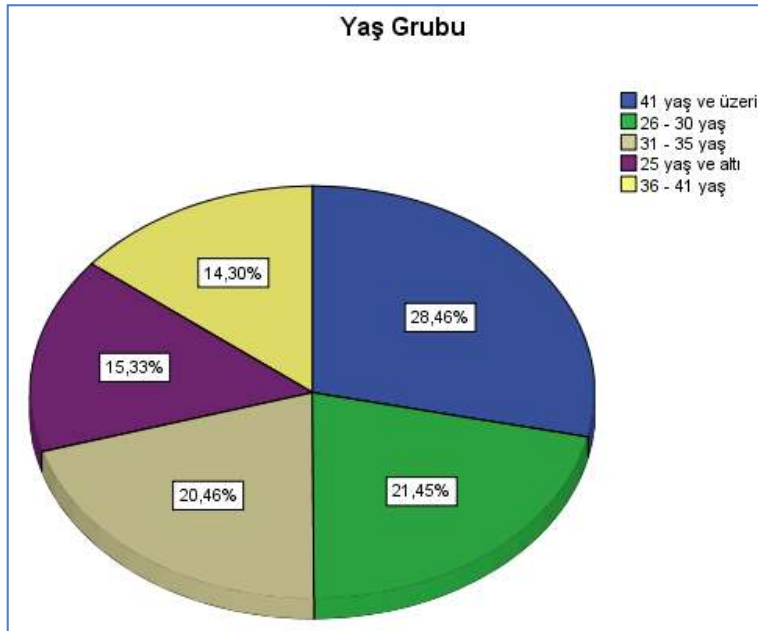


Tablo 2: Yaş Grubuna göre Frekans Tablosu

YaşGrubu	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
41 ve üzeri yaş	8176	28,5	28,5
26 - 30 yaş	6163	21,5	49,9
31 - 35 yaş	5879	20,5	70,4
25 yaş ve altı	4404	15,3	85,7
36 - 41 yaş	4107	14,3	100,0
Toplam	28729	100,0	

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri'ne şikâyet başvurusunda bulunan hastaların %28'inin 41 yaş ve üzeri, % 21'inin 26-30 yaş arasında olduğu ve %14'ünün ise 36-41 yaş arasında olduğu tespit edilmiştir.

Şekil 18: Yaş Grubu Dağılım Grafiği

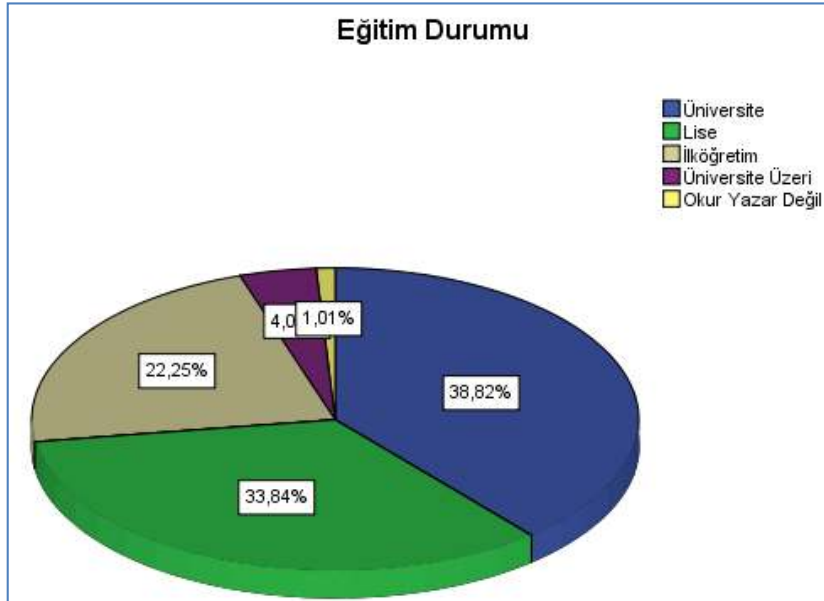


Tablo 3: Eğitim Durumuna göre Frekans Tablosu

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde	KümülatifYüzde
Üniversite	11152	38,8	38,8
Lise	9723	33,8	72,7
İlköğretim	6391	22,2	94,9
Üniversite Üzeri	1172	4,1	99,0
Okur Yazar Değil	291	1,0	100,0
Toplam	28729	100,0	

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri'ne şikâyet başvurusunda bulunan hastaların eğitim durumları incelendiğinde % 38'inin üniversite mezunu olduğu ve % 1'inin ise okur- yazar olmadığı tespit edilmiştir.

Şekil 19: Eğitim Durumu Dağılım Grafiği

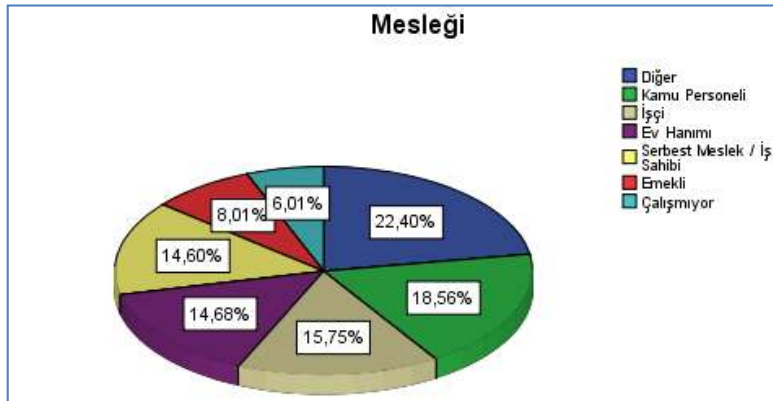


Tablo 4: Mesleğe göre Frekans Tablosu

Mesleği	Frekans	Yüzde	KümülatifYüzde
Diğer	6434	22,4	22,4
Kamu Personeli	5332	18,6	41,0
İşçi	4524	15,7	56,7
Ev Hanımı	4217	14,7	71,4
Serbest Meslek / İş Sahibi	4193	14,6	86,0
Emekli	2302	8,0	94,0
Çalışmıyor	1727	6,0	100,0
Toplam	28729	100,0	

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri'ne şikâyet başvurusunda bulunan hastaların mesleği incelendiğinde % 22'sinin tabloda olmayan diğer meslek gruplarına mensup olduğu, % 18'inin Kamu Personeli olduğu ve % 6'sının ise çalışmadığı tespit edilmiştir.

Şekil 20: Mesleğe Durumu Dağılım Grafiği

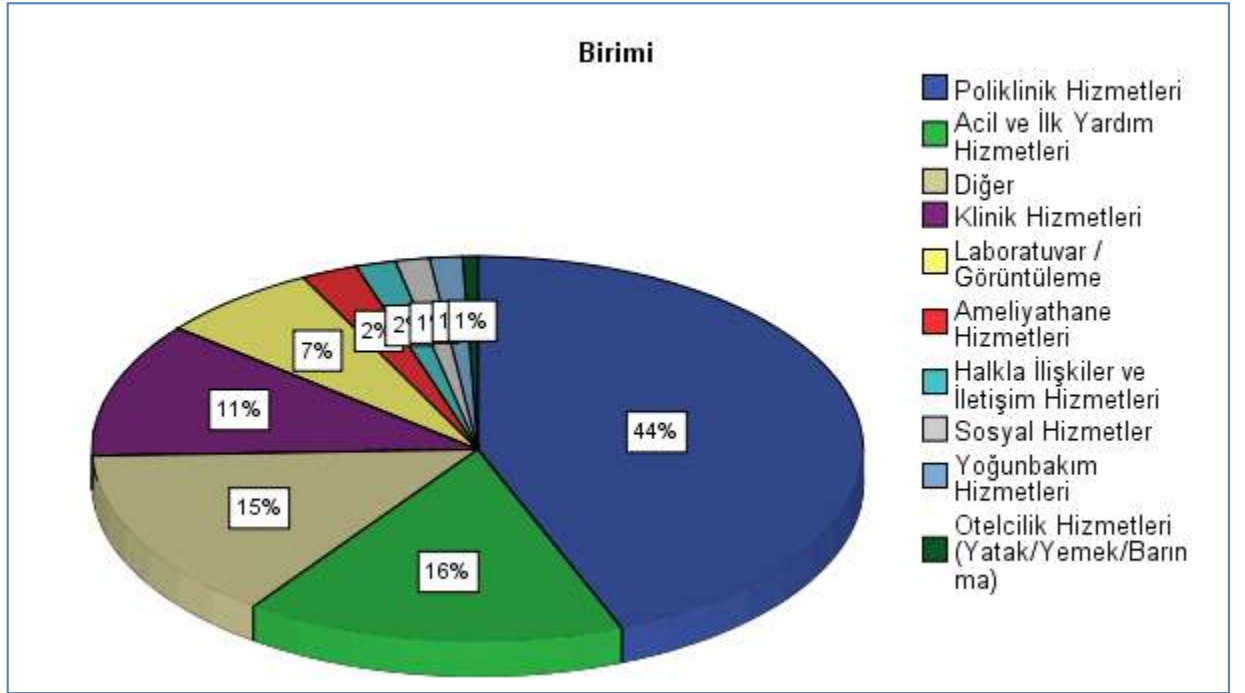


Tablo 5: Şikâyet Konu Olan Birime göre Frekans Tablosu

Birimi	Frekans	Yüzde	KümülatifYüzde
Poliklinik Hizmetleri	12612	43,9	43,9
Acil ve İlk Yardım Hizmetleri	4591	16,0	59,9
Diğer	4194	14,6	74,5
Klinik Hizmetleri	3253	11,3	85,8
Laboratuvar / Görüntüleme	1927	6,7	92,5
Ameliyathane Hizmetleri	683	2,4	94,9
Halkla İlişkiler ve İletişim Hizmetleri	480	1,7	96,6
Sosyal Hizmetler	414	1,4	98,0
Yoğun bakım Hizmetleri	394	1,4	99,4
Otelcilik Hizmetleri (Yatak/Yemek/Barınma)	181	0,6	100,0
Toplam	28729	100,0	

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri'ne yapılan şikâyet başvurularının % 43'ünün Poliklinik Hizmetlerini kapsadığı, %16'sının acil ve ilk yardım hizmetlerini kapsadığı,% 1'inin ise otelcilik hizmetlerine yönelik olduğu tespit edilmiştir.

Şekil 21: Şikâyet Konu Olan Birim Dağılım Grafiği

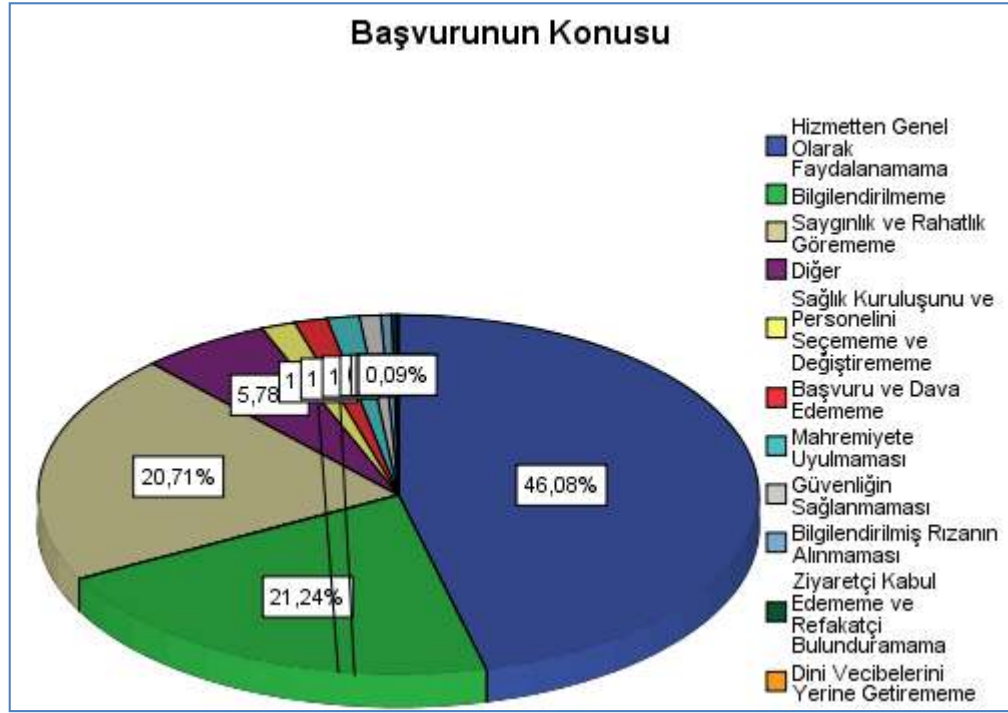


Tablo 6: Başvuru Konusuna göre Frekans Tablosu

Başvurunun Konusu	Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama	13237	46,1	46,1
Bilgilendirilmeme	6101	21,2	67,3
Saygınlık ve Rahatlık Görememe	5949	20,7	88,0
Diğer	1661	5,8	93,8
Sağlık Kuruluşunu ve Personelini Seçememe ve Değiştirememe	443	1,5	95,3
Başvuru ve Dava Edememe	424	1,5	96,8
Mahremiyete Uyulmaması	413	1,4	98,3
Güvenliğin Sağlanmaması	273	1,0	99,2
Bilgilendirilmiş Rızanın Alınmaması	138	0,5	99,7
Ziyaretçi Kabul Edememe ve Refakatçi Bulunduramama	63	0,2	99,9
Dini Vecibelerini Yerine Getirememe	27	0,1	100,0
Toplam	28729	100,0	

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri'ne yapılan şikâyet başvurularının konuları incelendiğinde hastaların % 46'sının hizmetten genel olarak faydalanamadığı, % 1'inin ise dini vecibelerini yerine getiremediği tespit edilmiştir.

Şekil 22: Başvuru Konusu Dağılım Grafiği



Tablo 7: Başvuru Konusunun Cinsiyete göre Dağılım Tablosu

	Cinsiyeti		Toplam
	Erkek	Kadın	
Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama	7457 56,3%	5780 43,7%	13237 100,0%
Bilgilendirilmeme	3441 56,4%	2660 43,6%	6101 100,0%
Saygınlık ve Rahatlık Görememe	2685 45,1%	3264 54,9%	5949 100,0%
Diğer	948 57,1%	713 42,9%	1661 100,0%
Sağlık Kuruluşunu ve Personelini Seçememe ve Değiştirememe	206 46,5%	237 53,5%	443 100,0%
Başvuru ve Dava Edememe	277 65,3%	147 34,7%	424 100,0%
Mahremiyete Uyulmaması	187 45,3%	226 54,7%	413 100,0%
Güvenliğin Sağlanmaması	157 57,5%	116 42,5%	273 100,0%
Bilgilendirilmiş Rızanın Alınmaması	71 51,4%	67 48,6%	138 100,0%
Ziyaretçi Kabul Edememe ve Refakatçi Bulunduramama	35 55,6%	28 44,4%	63 100,0%
Dini Vecibelerini Yerine Getirememe	23 85,2%	4 14,8%	27 100,0%
Toplam	15487	13242	28729

Hizmetten genel olarak faydalanamama hususunda şikâyetinde bulunanların % 56'sını erkek hastaların oluşturduğu tespit edilmiştir. Dini vecibelerini yerine getirememeye şikâyetini ise %85 yüzdeyle yine erkek hastaların dile getirdiği tespit edilmiştir.

Tablo 8: Hastaların Cinsiyetleri İle Şikâyet Başvurusu Yaptıkları Konu Arasındaki Ki-Kare Test Sonucu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	294,535 ^a	10	,000
Likelihood Ratio	295,694	10	,000
N of Valid Cases	28729		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,45.

H0: Hastaların şikâyet başvurusu yaptıkları konu cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir.

H1: Hastaların şikâyet başvurusu yaptıkları konu cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

Tablo 8 incelendiğinde, cinsiyet ile hasta hakları birimlerine yapılan başvuru konuları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir.($p < 0,05$) H0 hipotezi reddedilir. Erkek hastaların sorunlarını kadın hastalara göre daha sık dile getirdiği görülmektedir.

Tablo 9: Başvuru Konusunun Yaş Grubuna göre Dağılım Tablosu

	Yaş Grubu					Toplam
	25 yaş ve altı	26 - 30 yaş	31 - 35 yaş	36 - 41 yaş	41 yaş ve üzeri	
Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama	1904 14,4%	2782 21,0%	2697 20,4%	1928 14,6%	3926 29,7%	13237 100,0%
Bilgilendirilmeme	860 14,1%	1279 21,0%	1290 21,1%	920 15,1%	1752 28,7%	6101 100,0%
Saygınlık ve Rahatlık Görememe	1036 17,4%	1280 21,5%	1137 19,1%	827 13,9%	1669 28,1%	5949 100,0%
Diğer	268 16,1%	363 21,9%	377 22,7%	205 12,3%	448 27,0%	1661 100,0%
Sağlık Kuruluşunu ve Personelini Seçememe ve Değiştirememe	75 16,9%	129 29,1%	84 19,0%	61 13,8%	94 21,2%	443 100,0%
Başvuru ve Dava Edememe	82 19,3%	86 20,3%	95 22,4%	58 13,7%	103 24,3%	424 100,0%
Mahremiyete Uyulmaması	96 23,2%	123 29,8%	90 21,8%	40 9,7%	64 15,5%	413 100,0%
Güvenliğin Sağlanmaması	45 16,5%	69 25,3%	56 20,5%	31 11,4%	72 26,4%	273 100,0%
Bilgilendirilmiş Rızanın Alınmaması	23 16,7%	30 21,7%	33 23,9%	20 14,5%	32 23,2%	138 100,0%
Ziyaretçi Kabul Edememe ve Refakatçi Bulunduramama	13 20,6%	16 25,4%	12 19,0%	11 17,5%	11 17,5%	63 100,0%
Dini Vecibelerini Yerine Getirememe	2 7,4%	6 22,2%	8 29,6%	6 22,2%	5 18,5%	27 100,0%
Toplam	4404 15,3%	6163 21,5%	5879 20,5%	4107 14,3%	8176 28,5%	28729 100,0%

Kamu Hastaneleri'nde hizmetten genel olarak faydalanamama sebebiyle şikâyet başvurusu yapanların % 29'u 41 yaş ve üzeri hastalar olduğu tespit edilmiştir. Bilgilendirilmeme sebebiyle başvuru yapanların % 28'i yine 41 yaş ve üzeri hastalar olduğu görülmüştür.

Tablo 10: Hastaların Yaş Grubu İle Şikâyet Başvurusu Yaptıkları Konu Arasındaki Ki-Kare Test Sonucu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	167,533 ^a	40	,000
Likelihood Ratio	168,857	40	,000
N of Valid Cases	28729		

a. 2 cells (3,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,86.

H0: Hastaların şikâyet başvurusu yaptıkları konu yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.

H1: Hastaların şikâyet başvurusu yaptıkları konu yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

Tablo 10 incelendiğinde, yaş grubu ile hasta hakları birimlerine yapılan başvuru konuları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir.($p < 0,05$) H0 hipotezi reddedilir. Hastalık sıklığı ve kişisel endişe faktörleri düşünüldüğünde 41 yaş ve üzeri hastaların hasta hakları birimlerine daha fazla şikâyetle bulunduğu görülmektedir.

Tablo 11: Başvuru Konusunun Eğitim Durumuna göre Dağılım Tablosu

	Eğitim Durumu					Toplam
	Üniversite	Üniversite Üzeri	İlköğretim	Lise	Okur Yazar Değil	
Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama	5010 37,8%	492 3,7%	2993 22,6%	4614 34,9%	128 1,0%	13237 100,0%
Diğer	2397 39,3%	290 4,8%	1311 21,5%	2045 33,5%	58 1,0%	6101 100,0%
Saygınlık ve Rahatlık Görememe	2374 39,9%	256 4,3%	1364 22,9%	1894 31,8%	61 1,0%	5949 100,0%
Bilgilendirilmeme	698 42,0%	53 3,2%	354 21,3%	542 32,6%	14 ,8%	1661 100,0%
Sağlık Kuruluşunu ve Personelini Seçememe ve Değiştirememe	168 37,9%	36 8,1%	74 16,7%	156 35,2%	9 2,0%	443 100,0%
Başvuru ve Dava Edememe	125 29,5%	12 2,8%	118 27,8%	161 38,0%	8 1,9%	424 100,0%
Mahremiyete Uyulmaması	199 48,2%	17 4,1%	61 14,8%	132 32,0%	4 1,0%	413 100,0%
Güvenliğin Sağlanmaması	94 34,4%	10 3,7%	62 22,7%	104 38,1%	3 1,1%	273 100,0%
Bilgilendirilmiş Rızanın Alınmaması	53 38,4%	3 2,2%	31 22,5%	45 32,6%	6 4,3%	138 100,0%
Ziyaretçi Kabul Edememe ve Refakatçi Bulunduramama	29 46,0%	1 1,6%	14 22,2%	19 30,2%	0 ,0%	63 100,0%
Dini Vecibelerini Yerine Getirememe	5 18,5%	2 7,4%	9 33,3%	11 40,7%	0 ,0%	27 100,0%
Toplam	11152	1172	6391	9723	291	28729

Kamu Hastaneleri'nde hizmetten genel olarak faydalanamama sebebiyle şikâyet başvurusu yapanların % 37'sini üniversite mezunu hastaların oluşturduğu tespit edilmiştir. Ziyaretçi kabul edememe ve refakatçi bulunduramama ile dini vecibelerini yerine getirememe konusunda okur- yazar olmayan hastalardan şikâyet bulunmamaktadır.

Tablo 12: Hastaların Eğitim Durumu İle Şikâyet Başvurusu Yaptıkları Konu Arasındaki Ki-Kare Test Sonucu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	141,233 ^a	40	,000
Likelihood Ratio	132,355	40	,000
N of Valid Cases	28729		

a. 9 cells (16,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

H0: Hastaların şikâyet başvurusu yaptıkları konu eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

H1: Hastaların şikâyet başvurusu yaptıkları konu eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.

Tablo 12 incelendiğinde, eğitim durumu ile hasta hakları birimlerine yapılan başvuru konuları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir.($p < 0,05$) H0 hipotezi reddedilir. Farkındalık ve beklenti düzeylerinin yüksek olması açısından en çok üniversite mezunu hastaların başvuruda bulunduğu görülmektedir.

Tablo 13: Başvuru Konusunun Mesleklere göre Dağılım Tablosu

	Mesleği							Toplam
	Çalışmıyor	İşçi	Diğer	Emekli	Ev Hanımı	Kamu Personeli	Serbest Meslek	
Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama	767 5,8%	2299 17,4%	2768 20,9%	1077 8,1%	1865 14,1%	2390 18,1%	2071 15,6%	13237 100,0%
Bilgilendirilmeme	396 6,5%	939 15,4%	1546 25,3%	501 8,2%	790 12,9%	1184 19,4%	745 12,2%	6101 100,0%
Saygınlık ve Rahatlık Görememe	306 5,1%	606 10,2%	1384 23,3%	486 8,2%	1095 18,4%	1167 19,6%	905 15,2%	5949 100,0%
Diğer	118 7,1%	318 19,1%	348 21,0%	148 8,9%	221 13,3%	287 17,3%	221 13,3%	1661 100,0%
Sağlık Kuruluşunu ve Personelini Seçememe ve Değiştirememe	36 8,1%	86 19,4%	101 22,8%	23 5,2%	62 14,0%	72 16,3%	63 14,2%	443 100,0%
Başvuru ve Dava Edememe	41 9,7%	112 26,4%	85 20,0%	30 7,1%	49 11,6%	47 11,1%	60 14,2%	424 100,0%
Mahremiyete Uyulmaması	23 5,6%	67 16,2%	100 24,2%	10 2,4%	69 16,7%	95 23,0%	49 11,9%	413 100,0%
Güvenliğin Sağlanmaması	21 7,7%	49 17,9%	56 20,5%	17 6,2%	37 13,6%	48 17,6%	45 16,5%	273 100,0%
Bilgilendirilmiş Rızanın Alınmaması	14 10,1%	32 23,2%	24 17,4%	6 4,3%	16 11,6%	18 13,0%	28 20,3%	138 100,0%
Ziyaretçi Kabul Edememe ve Refakatçi Bulunduramama	4 6,3%	9 14,3%	18 28,6%	3 4,8%	10 15,9%	15 23,8%	4 6,3%	63 100,0%
Dini Vecibelerini Yerine Getirememe	1 3,7%	7 25,9%	4 14,8%	1 3,7%	3 11,1%	9 33,3%	2 7,4%	27 100,0%
Toplam	1727	4524	6434	2302	4217	5332	4193	28729

Başvuru konusunun mesleklere göre dağılımı incelendiğinde hizmetten genel olarak faydalanamayanların %18'ini kamuda çalışanlar, % 20'sini ise diğer meslek gruplarında görev aldıkları görülmektedir.

Tablo 14: Hastaların Mesleği İle Şikâyet Başvurusu Yaptıkları Konu Arasındaki Ki-Kare Test Sonucu

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	460,687 ^a	60	,000
Likelihood Ratio	474,385	60	,000
N of Valid Cases	28729		

a. 6 cells (7,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,62.

H0: Hastaların şikâyet başvurusu yaptıkları konu mesleğe göre farklılık göstermemektedir.

H1: Hastaların şikâyet başvurusu yaptıkları konu mesleğe göre farklılık göstermektedir.

Tablo 14'e göre, sağlık hizmeti alan hastanın mesleği ile hasta hakları birimlerine yapılan başvuru konuları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir.($p < 0,05$) H0 hipotezi reddedilir.

Tablo 15: Başvuru Konusunun Birimlere göre Dağılım Tablosu

	Birimi										Toplam
	Acil ve İlk Yardım Hizmetleri	Ameliyathane Hizmetleri	Diğer	Halkla İlişkiler ve İletişim Hizmetleri	Klinik Hizmetleri	Laboratuvar / Görüntüleme	Özelcilik Hizmetleri (Yataklı Yemek/Barnasa)	Poliklinik Hizmetleri	Sosyal Hizmetler	Yogunbakım Hizmetleri	
Hizmetten Genel Olarak Faydalanamama	2343 17,7%	274 2,1%	1588 12,0%	152 1,1%	1471 11,1%	801 6,1%	68 ,5%	6229 47,1%	183 1,4%	128 1,0%	13237 100,0%
Bilgilendirilmeme	986 16,2%	199 3,3%	1515 24,8%	88 1,4%	637 10,4%	375 6,1%	44 ,7%	2023 33,2%	113 1,9%	121 2,0%	6101 100,0%
Saygınlık ve Rahatlık Görememe	802 13,5%	70 1,2%	531 8,9%	109 1,8%	695 11,7%	543 9,1%	50 ,8%	3053 51,3%	36 ,6%	60 1,0%	5949 100,0%
Diğer	182 11,0%	55 3,3%	222 13,4%	81 4,9%	225 13,5%	118 7,1%	5 ,3%	717 43,2%	25 1,5%	31 1,9%	1661 100,0%
Sağlık Kuruluşunu ve Personelini Seçememe ve Değiştirememe	66 14,9%	10 2,3%	74 16,7%	18 4,1%	62 14,0%	11 2,5%	3 ,7%	182 41,1%	10 2,3%	7 1,6%	443 100,0%
Başvuru ve Dava Edememe	78 18,4%	26 6,1%	97 22,9%	15 3,5%	42 9,9%	9 2,1%	2 ,5%	116 27,4%	25 5,9%	14 3,3%	424 100,0%
Mahremiyete Uyulmaması	64 15,5%	24 5,8%	56 13,6%	3 ,7%	50 12,1%	46 11,1%	2 ,5%	150 36,3%	7 1,7%	11 2,7%	413 100,0%
Güvenliğin Sağlanmaması	42 15,4%	12 4,4%	73 26,7%	6 2,2%	45 16,5%	16 5,9%	3 1,1%	59 21,6%	8 2,9%	9 3,3%	273 100,0%
Bilgilendirilmiş Rızanın Alınmaması	21 15,2%	9 6,5%	13 9,4%	4 2,9%	15 10,9%	4 2,9%	2 1,4%	59 42,8%	5 3,6%	6 4,3%	138 100,0%
Ziyaretçi Kabul Edememe ve Refakatçi Bulunduramama	5 7,9%	3 4,8%	17 27,0%	4 6,3%	7 11,1%	3 4,8%	2 3,2%	16 25,4%	1 1,6%	5 7,9%	63 100,0%
Dini Vecibelerini Yerine Getirememe	2 7,4%	1 3,7%	8 29,6%	0 ,0%	4 4,8%	1 3,7%	0 ,0%	8 29,6%	1 3,7%	2 7,4%	27 100,0%
Toplam	4591	683	4194	480	3253	1927	181	12612	414	394	28729

Başvuru konusu birimlere göre incelendiğinde hizmetten gelen olarak faydalanmadığını belirtenlerin % 48'i poliklinik hizmet sürecinde bu sıkıntıyı yaşadığı tespit edilmiştir.

Tablo 16: Hastaların Şikâyetinde Bulundukları Birim İle Şikâyet Başvurusu Yaptıkları Konu Arasındaki Ki-Kare Test Sonucu

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1757,901 ^a	90	,000
Likelihood Ratio	1622,844	90	,000
N of Valid Cases	28729		

a. 27 cells (24,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

Ki- kare testine göre “sıklıkların %20’sinden fazlası 5’in altında olmamalıdır” varsayımı söz konusudur ve tablo 16’ya göre, sıklıkların %20’sinden fazlası (%24,5) 5’in altındadır. Dolayısıyla Ki Kare analizi yapılamaz.

Elde edilen bulgulara göre, hasta hakları birimlerine şikâyetinde bulunanların %54’ünün erkek olduğu, % 28’inin ise “41 yaş ve üzeri” olduğu tespit edilmiştir. % 38’inin üniversite mezunu olduğu ve % 18’inin kamu personeli iken %22’lik kısmının “diğer” olarak adlandırılmış olan meslek gruplarına mensup olduğu tespit edilmiştir. Hastane içerisindeki birimler ayrı ayrı incelendiğinde ise %44 ile en çok hasta sirkülasyonunun yaşandığı polikliniklerdeki hizmetlerden şikâyetçi olduğu ikinci sırayı ise % 16 ile acil servislerin aldığı görülmektedir.

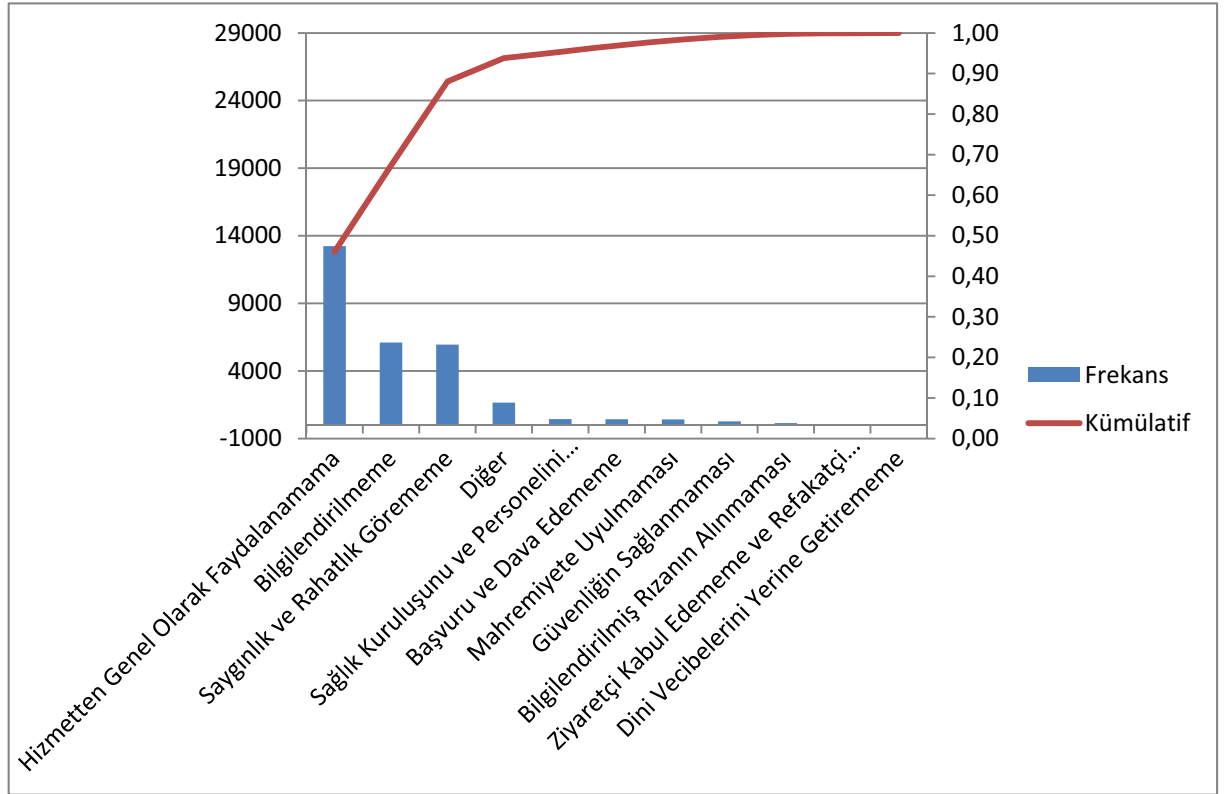
Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri’ne yapılan şikâyet başvurularının konuları incelendiğinde hastaların yüzde 46’sının “hizmetten genel olarak faydalanamadığı” nı ileri sürerek şikâyetçi olduğu tespit edilmiştir. Kamu

Hastaneleri’nde hizmetten genel olarak faydalanamama sebebiyle şikâyet başvurusu yapanların % 29’unun “41 yaş ve üzeri” hastalar olduğu, “bilgilendirilmeme” sebebiyle başvuru yapanların ise % 28’i yine “41 yaş ve üzeri” hastalar olduğu ayrıca % 56’sını erkek hastaların oluşturduğu görülmüştür. “hizmetten genel olarak faydalanamama” sebebiyle şikâyet başvurusu yapanların yüzde 37’sini üniversite mezunu hastaların oluşturduğu tespit edilmiştir. “Ziyaretçi kabul edememe ve refakatçi bulunduramama” ile “dini vecibelerini yerine getirememe” konusunda okur - yazar olmayan hastalardan hiç şikâyet gelmediği dikkat çekmiştir. Başvuru konusunun mesleklere göre dağılımı incelendiğinde ise “hizmetten genel olarak faydalanamayanların” yüzde 18’ini kamuda çalışanlar, yüzde 20’sini ise diğer meslek gruplarında görev aldıkları görülmektedir.

Başvuru konusu birimlere göre incelendiğinde ise “hizmetten genel olarak faydalanmadığını” belirtenlerin % 48’i poliklinik hizmet sürecinde bu sıkıntıyı yaşadığı tespit edilmiştir.

Elde edilen bulgulara göre şikâyetleri azaltmak dolayısıyla hasta memnuniyetinin artırmak amacıyla bazı kalite araçlarından faydalanılarak kalite çalışmaları yapılmasının gerektiğine karar verilmiştir. İlk olarak pareto analizi ile şikâyet konu olan hasta hakları ihlallerinden hangisinin öncelikle ele alınması gerektiğinin tespit edilmesi gerekmekte olduğuna karar verilmiştir. Pareto analizi sonucunda üzerinde yoğunlaşılması gereken en önemli konu tespit edilerek bu problemi gidermek üzere neden sonuç diyagramı oluşturulmasına karar verilmiştir. Neden sonuç çalışması sonucunda ise beyin fırtınası yöntemiyle iyileştirme önerileri geliştirilmiştir.

Şekil 23: Pareto Analizi



Hasta hakları birimlerine gelen şikâyetleri kalite geliştirmede önemli bir araç olan pareto analizi ile inceledik. Pareto analizi şikâyet konuları hakkındaki kritik noktaları tespit edip gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için kullanılmıştır.

Şekil 23 ‘de gördüğümüz pareto diyagramı ile şikâyet konularını önem sırasına göre sıralayarak, önemsizleri önemlilerden ayırt etmiş ve en çok şikâyete konu olan yani en önemli olan nedenler üzerine yoğunlaşmamız gerektiğine karar verildi.

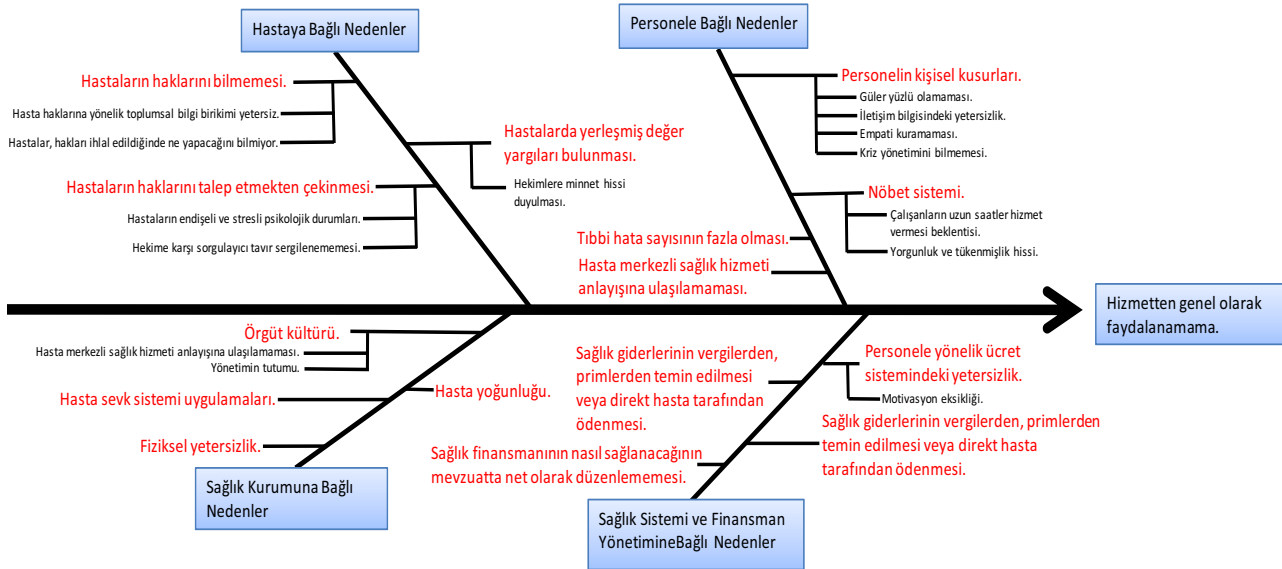
Buna göre problemlerin hangisinin önce ele alınması gerektiği belirlenmiştir. Şikâyetlere konu olan temel hata “hizmetten genel olarak faydalanamama” olarak belirlenmiştir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Sağlık Hizmetlerinden Faydalanamama Hakkı" başlıklı bölümünde;

- Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma,
- Bilgi İsteme,
- Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme,
- Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme,
- Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme,
- Tıbbi Gerekliliklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım,
- Tıbbi ve Bakım,
- Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı
- Ötenazi Yasağı ve Tıbbi Özen Gösterilmesi alt başlıklarında dokuz husus düzenlenmiştir.

Bu kapsamda temel hatayı çözmek üzere şekil 24'de sebep sonuç diyagramı oluşturulmuştur.

Şekil 24: Sebep Sonuç Diyagramı:



Problemin nedenleri kalite yöntemlerinden beyin fırtınası yönteminden faydalanılarak hastaya bağlı nedenler, personele bağlı nedenler, sağlık kurumuna

bağlı nedenler ve sağlık sistemi ve finansmana bağlı nedenler olarak dört bölümde ayrıntılı olarak sıralanmıştır:

1. Hastaya bağlı nedenler:

- Hastaların haklarını bilmemesi
 - Hasta haklarına yönelik toplumsal bilgi birikimi yetersiz.
 - Hastalar sağlık hakları ihlal edildiğinde ne yapacağını bilmiyor.
- Hastalarda yerleşmiş değer yargılarının bulunması
 - Hekimlere minnet hissi duyulması
- Hastaların haklarını talep etmekten çekinmesi
 - Hastaların endişeli ve stresli psikolojik durumu
 - Hekim karşısında sorgulayıcı tavır sergilenememesi

2. Personele Bağlı Nedenler

- Personelin kişisel kusurları
 - İletişim becerisindeki yetersizlik
 - Güler yüzlü olmaması
 - Empati kuramaması
 - Kriz Yönetimini bilmemesi
- Nöbet Sistemi
 - Çalışanlardan uzun saatler hizmet verme beklentisi olması
 - Yorgunluk ve tükenmişlik hissi artan personel
- Tıbbi Hata sayısının fazla olması
- Hasta merkezli hizmet anlayışının benimsenememesi

3. Sağlık Kurumuna Bağlı Nedenler

- Örgüt Kültürü
 - Hasta merkezli hizmet anlayışının benimsenememesi
 - Üst yönetimin tutumu
- Hasta sevk sistemi uygulamaları
- Hasta yoğunluğu
- Sağlık tesisinin fiziksel yetersizlikleri

4. Sağlık Sistemi ve Finansmana Bağlı Nedenler

- Sağlık finansmanın nasıl sağlanacağının mevzuatta net olarak düzenlenmemesi
- Personele yönelik ücret sistemindeki yetersizlik
 - Motivasyon eksikliği
- Sağlık giderlerinin vergilerden, primlerden karşılanması ya da direkt hasta tarafından denmesi

Bu problemleri ortadan kaldırmak; asıl problemi büyük ölçüde üzecek, hasta hakları birimlerine yapılan şikâyet miktarını azaltacak ve müşteri memnuniyetini artıracaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde rekabetin giderek artış gösterdiği sektörlerden biri de sağlık sektörüdür. Buna paralel olarak sağlık hizmeti almak isteyenlerdeki bilinç ve farkındalık düzeyi de artış göstermektedir. Artık hasta ve yakınları teknolojik ilerlemelerin farkında, beklentilerini rahatça ortaya koyabilen, beğenmediği hizmet karşısında farklı alternatiflere yönelmeyi tercih eden bir profil çizmektedir.

Sağlık hizmetleri hastanın sağlık tesisinin kapısından girmesiyle yani sağlık sistemine dâhil olmasıyla başlayan ve iyileşerek çıkması öngörülen bir süreçtir. Hastanın sağlık sistemine dâhil olmasıyla birlikte birbirini takip eden bazen de birbirinden bağımsız gelişen farklı süreçler oluşur. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin temel süreçleri ile tüm alt süreçlerinin belirlenmesi kaliteli bir hizmet sunumu için önemlidir. Sağlık hizmet süreçleri uygulamada, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım gibi tıp hizmetleri ye da laboratuvar, radyoloji, eczane, kan bankası, diyet hizmetleri gibi yardımcı tıp hizmetleri bunun yanında da faturalama, teknik hizmetler, güvenlik gibi, mali ve destek hizmetler olarak gruplanabilir. Diğer bir açıdan genellemek gerekirse, sağlık hizmetleri; poliklinik hizmet süreçleri, yatan hasta hizmet süreçleri ve acil servis hizmet süreçleri olarak da gruplandırılabilir.

Hastalar hizmet alırken, adalet hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinden faydalanamadıklarını, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, inanç, ekonomik ve sosyal durumları nedeniyle tedavi edilmediklerini, ya da sağlık çalışanlarının kendilerine saygı, itina, ihtimam göstermediğini, güler yüzlü, nazik, şefkatli davranmadığını hijyenik olmayan, gürültülü ve rahatsız bir ortamda hizmet aldıklarını belirterek hasta hakları birimlerine şikayette bulunmaktadır.

Toplam kalite yönetimi uygulamaları çerçevesinde sağlık hizmetleri verilirken hasta memnuniyetinin merkeze alınması, sağlık hizmeti verilirken yaşanan hasta hakları ihlalleri karşısında hastaların açtığı davalar, sağlık alanında hasta hakları ile ilgili düzenlemelerin oluşmasını sağlamıştır.

Bu durumu, sağlıkta ilk kez Toplam kalite yönetimi uygulamalarının ortaya çıktığı ve hasta hakları fikrinin doğduğu Amerika Birleşik Devletlerinde görmek

mümkündür. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimine olan ilginin artması ABD öncülüğünde, daha çok ekonomik koşulların özellikle maliyetleri azaltma gereksinimi ve 1970' lerden itibaren hatalı tedavilerle ilişkili olarak şikâyetlerin artan şekilde adli davalara dönüşmesi sonucu olmuştur.

İlk olarak ABD 'de ortaya atılan hasta hakları fikri de tıpkı toplam kalite uygulamalarının ortaya çıkış nedenine benzer şekilde sağlık hizmetlerinde kalitenin korunması ve hatalı tedavilere ilişkin şikâyetlerin adli davalara dönüşmesi sonucu olmuştur (Bekaroğlu, 2005; 20).

Yapılan değerlendirme sonucunda hastaların en çok ihlale uğradığını düşündükleri ve şikâyetle değer buldukları konu “tedaviden genel olarak faydalanamamak” olmuştur. Sebep sonuç diyagramında (Şekil 24) temel hataya yönlendiren nedenler göz önünde bulundurulmuş, her neden ayrı ayrı ele alınarak temel hatayı ortadan kaldırmak amacıyla bu hususta yapılması gereken iyileştirme önerileri yeni bir beyin fırtınası grubuyla belirlenmiştir. Buna göre:

Hastaya bağlı nedenlerden kaynaklanan sorunlara yönelik iyileştirme önerileri:

- Bütün sağlık çalışanlarının ve bireylerin hasta haklarına dikkatinin çekilmesi için eğitim çalışmaları yapılmalı ve toplumu bilgilendirmeye yönelik faaliyetler hayata geçirilmelidir. Toplumun daha duyarlı ve bilinçli bir hale gelmesi için yoğun ve kapsamlı çalışmaların yapılması teşvik edilmelidir.
- Hastaneye müracaat eden hastaların bilinçlendirilmesine yönelik slayt, televizyon gösterimlerinin yapılması, görülebilecek yerlere afişlerin asılarak broşürler dağıtılması gerekmektedir.
- Hastaların kısa sürede sonuç alabilmek için şikâyetlerini başhekim, hastane yöneticisi gibi mercilere değil, hasta hakları birimlerine yapmaları gerektiğine yönelik bilgilendirilmesi gerekmektedir.
- Hasta hakları birimleri tarafından verilen eğitimlere hasta ve hasta yakınlarının ilgi göstermesi gerekmektedir.

- Hastane kurallarına uymayan hastalara sorumlulukları hatırlatılarak sorumlulukları ölçüsünde haklarını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilmesi gerekmektedir.
- Hasta ve yakınlarına şikâyet haklarının olduğu ve şikâyet süreci hakkında bilgi verilmelidir.
- Hasta ve yakınlarının bakım sürecine katkısının ne olabileceğinin (katılım sağlanması memnuniyet saplanması açısından önemlidir) prosedürlerle belirlenmesi ve bu konuda ilgili sağlık personelinin hasta ve yakınına gerekli bilgiyi vermesi gerekmektedir.
- İlgili personel tedaviyi reddetme ya da bırakma hususlarında hasta ve yakınına bilgilendirmelidir.

Personele bağlı nedenlerden kaynaklanan sorunlara yönelik iyileştirme önerileri:

- Sağlık personeline nöbet görevi hakkaniyetli şekilde dağıtılmalıdır. Bazı birimlerde tutulması gereken yoğun nöbetlere yönelik gerekirse mevzuatta düzenleme yapılması için Sağlık Bakanlığı ile koordineli çalışmalar başlatılmalı, personel yetersizliği ile aşırı nöbet usulü çalışan personellerin mağdur edilmemesi adına gerekli personel talebinin yapılması gerekmektedir. Böylece çalışanların tükenmişlik hissi en aza indirilebilir.
- Tüm sağlık personeline iletişim eğitimleri verilmesi gerekmektedir. En büyük sağlık personelinin iletişimsizliğinden kriz yönetimi becerisinden yoksun olmasından ve empati kuramamasından kaynaklandığı düşünülürse, kapsamlı iletişim eğitimleri büyük ölçüde fayda sağlayacaktır.
- Hastaların şikâyet için başvurdukları hasta hakları birimlerinin, hastaların en sinirli, ajite, kontrolünün güç olduğu ruh halleriyle şikâyetle bulundukları düşünülerek, ferah, sakinleştirici, havadar, gürültüden uzak, sakin, huzurlu bir fiziksel yapıya kavuşturulması sağlanmalıdır.

Sağlık kurumuna bağlı nedenlerden kaynaklanan sorunlara yönelik iyileştirme önerileri:

- Hasta hakları kurullarının düzenli aralıklarla toplanarak, kurullarda alınan kararların bağlayıcılığının sağlanması gerekmektedir.
- Hasta hakları birim sorumlusunun eğitim verebilecek bilgi ve beceri düzeyine sahip olması gerekmektedir.
- Hastanenin kalite ekibi ile birlikte düzenli toplantılar yaparak en sık karşılaşılan sorunların belirlenmesi ve bu sorunların giderilmesine yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi,
- Kurumda hasta merkezli hizmet anlayışına dayalı bir kültür oluşturulmasının sağlanması gerekmektedir. Bunu sağlayabilmek için öncelikle çalışanlara bu bilinci aşılıp, hasta beklentilerine uygun hizmetler vermeyi hedefleyerek, memnuniyet anketlerinin ciddiyle analiz edilmesi gereken düzeltici ve önleyici faaliyetlerin belirlenmesi gerekmektedir.
- Hasta hakları birimlerinin karşılaşılan sorunlarla ilgili mutlaka üst yönetimi bilgilendirmesi gerekmektedir. Yönetimin bu konudaki tutumu önemlidir.
- Karşılaşılması muhtemel sonuçlar göz önünde bulundurularak bunları kısa sürede hastaları mağdur etmeden çözmek üzere çalışanlara hizmet içi eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.
- Önceliği belirlenmiş hastalara (yaşlı, gazi, şehit yakınları, engelliler) yönelik düzenlemeler yapılması (örneğin, kart verilmesi ya da hastane içinde fiziksel düzenlemeler yapılması)
- Hasta ve yakınları için kalite standartlarına uygun bekleme alanlarının düzenlenmesi gerekmektedir.
- Hasta hakları birimlerinin hasta mahremiyetine uygun fiziksel koşulda bulunmasının sağlanması gerekmektedir.
- Başta yaşlı, hamile ve engelli hastalar olmak üzere tüm hastalar için rehberlik hizmetlerinin organize edilmesi ve yönlendirme levhalarının düzenlenmesi gerekmektedir.

- Hastanelerde yönetim tarafından hasta ve yakınlarının dini (manevi) taleplerini karşılamaya yönelik düzenlemeler için alt yapının oluşturulması gerekmektedir.
- Hastane genelinde hastaların muayene, girişimsel işlemler ve tüm tıbbi tedavilerinde mahremiyet gereksinimlerini karşılamaya ve korumaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hastanelerde hasta ve yakınlarını özellikle bebekler, çocuklar, özürllüler ve yaşlılar için her türlü fiziksel saldırıya karşı koruyan düzenlemeler ve prosedürler oluşturulmalıdır.
- Hasta kayıtlarının mahremiyet kuralları çerçevesinde gerektiğinde ulaşılabilecek şekilde muhafaza edilmelidir.
- Hastaların ya da yakınlarının beraberinde getirdikleri kişisel eşyalarını korumaya yönelik düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- Hastaneler hasta ve yakınlarının şikâyet, anlaşmazlık, görüş ve önerilerini bildirmeleri için çeşitli platformlar oluşturarak bunları düzenli olarak değerlendirmelidir
- Hastalar tarafından bildirilen ve en fazla şikâyet konusu olan doktorların yukarıda bahsettiğimiz gibi, hastanın beklentisinin en yüksek olduğu kişiler olduğu unutulmamalı ve amaç hekimleri suçlamak olmamalıdır. Bu aşamada süreç, çalışan memnuniyetinin sağlanmasına kadar takip edilmelidir.
- Tüm sağlık personeline iletişim eğitimleri verilmesi gerekmektedir. En büyük sağlık personelinin iletişimsizliğinden kriz yönetimi becerisinden yoksun olmasından ve empati kuramamasından kaynaklandığı düşünülürse, kapsamlı iletişim eğitimleri büyük ölçüde fayda sağlayacaktır.
- Hastaların şikâyet için başvurdukları hasta hakları birimlerinin, hastaların en sinirli, ajite, kontrolünün güç olduğu ruh halleriyle şikâyetle bulundukları düşünülerek, ferah, sakinleştirici, havadar, gürültüden uzak, sakin, huzurlu bir fiziksel yapıya kavuşturulması sağlanmalıdır.

Sağlık sistemi ve finansman yönetimine bağlı nedenlerden kaynaklanan sorunlara yönelik iyileştirme önerileri:

- Hasta hakları yönetmeliğinin çok fazla eksikliği ve birbiri ile çelişen maddeleri olması sebebiyle revize edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Zaten bununla ilgili hali hazırda çalışmalar Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları bünyesinde devam etmektedir.
- Hasta Hakları Yönetmeliği 'nin yeterince açık olmayan yönlerine yönelik revizasyonun yapılarak toplam kalite yönetimi kapsamında uluslararası standartlarda uygun yeterli kapsayıcı bir içeriğe sahip çağdaş gelişmeleri göz önünde bulunduran ve hukuki düzenlemeleri aynı çatı altında toplayan bir mevzuat (Hasta Hakları Yasası) oluşturulmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.
- Hastaların hizmetten faydalanamamak olarak nitelendirdikleri en önemli olay Merkezi Randevu Sisteminin işlevselliğinin sınırlılıklarından kaynaklanmaktadır. Hastalar tarafından MHRS üzerinden randevu alınırken, hekimlerin aylık programlarına yönelik güncellemelerin yapılmaması sebebiyle (izinli/raporlu ya da ameliyatta olma durumları), mağdur oldukları belirtilmektedir. Bu durumda hastane kişiyi hizmet alabilmesi için başka hekime yönlendirmekte hem zaman kaybı hem de hastanın seçtiği hekimden hizmet alamaması dolaylı da olsa hekim seçme hakkını gereğince kullanamaması söz konusu olduğu için memnuniyetsizlik kaçınılmazdır. Bunu gidermek için MHRS üzerinde güncellemelerin titizlikle yapılması gerekmektedir.
- Personelin maaş, döner sermaye, nöbet ek ücretleri gibi ücret sistemine yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır. Böylece personel iş yükü karşısında maddi anlamda tatmin olacak dolayısıyla kaliteli hizmet sunumuna motive olacaktır.

Sonuç olarak, hasta hakları uygulamaları hastaların daha kaliteli sağlık hizmeti almasını, bakım ve tedavisi esnasında oluşabilecek bazı olumsuz durumların oluşmasının engellenmesini ve bunun doğal sonucu olarak hasta memnuniyet düzeyinin artmasını sağlayacaktır.

Hekim ve diğerk sağlık personellerinin de sağlık sisteminde bütünsel olarak yapılacak, yukarıda önerilen düzenlemelerle birlikte meslekte doyuma ulaşacakları öngörülmektedir. Tüm sağlık personeli işini eksiksiz ve hasta memnuniyeti odaklı yapmış olmanın mutluluğunu yaşayacaktır. Hasta hakları birimine yapılan şikâyetlerin azaltılması dolayısıyla hasta memnuniyetinde ve bunun kaçınılmaz sonucu olarak kalitede artış sağlanabilmesi için personel yetersizliği, fiziki şartların olumsuzluğu, iletişim eğitimleri ve sağlık eğitimindeki yetersizliklerin, mevzuattaki eksikliklerin giderilmesi hususlarında kapsamlı düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin müşterileri olan toplumun her kesimine hasta hakları ile ilgili bilgilendirme yapılmasına gerekli önem verilmelidir. Sağlık personeli ve hekimlerin iletişim becerilerini artırmayı hedefleyen iletişim eğitimlerinin verilmesi sağlanmalı, hasta ve hasta yakınının tedavi sürecine dâhil etmek süreci olumlu devam edip sonlanmasında önem arz etmekte olup, aydınlatılmış onam ile ilgili hasta ve yakınlarının hukuki bilgileri artırılarak sağlık personeline tedavi sürecine ve kuruma duydukları güven artırılmalıdır. Güçlü ve kaliteli iletişimle her türlü sorunun kolayca çözülebileceği göz önünde bulundurularak özellikle hekimler için tıp fakültelerinde hekim-hasta ilişkisinin nasıl olması gerektiğini temel alan iletişim derslerinin eklenmesi sağlanmalıdır. Hastaların şikâyetlerini azaltmak ve memnuniyetlerini artırmak için hasta odaklı hizmet verilmesi şartı unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

Aslantekin, F., Göktaş B., Uluşen, M., Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2(6).

Aydemir, İ. (2010). *Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi.) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aydemir, İ., Özhan, A. (2011) “Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi” *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 22 (1),

Bedük, A. (2011). *Modern Yönetim Teknikleri*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Bekaroğlu, Ş. B. (2005). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul’daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. *Akdeniz Üniversitesi İİBF Dergisi*. 9.

Bektaş, F. (2013). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Uygulamaları*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Bilgili E., Ecevit, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 11(2): 201-227.

Bozkurt, İ., Şengül, H., Orman, H., Katırcı Fener, S., Kahraman, B., Egici, M.T. (2011). *2006 Yılından İtibaren Hizmet Kalite Standartlarının Kamu Hastanelerine Etkisi*. 3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara.

Choi, K. S., Lee, H., Kim, C., Lee, S. (2005). The Service Quality Dimensions and Patient Satisfaction Relationship in South Korea: Comparisons Across Gender, Age and Types of Service, *The Journal of Services Marketing*, 19(3): 140-149.

Colesca S.E., Dobrica L. (2009) İnsan haklarının dinamik bir kavram olması nedeniyle, insanlığın sürekli gelişmesi, ilerlemesi, toplumsal yapı, talep ve ihtiyaçların değişmesi, gelişmesi beraberinde insan hak ve taleplerinin çeşitlenmesi

ve zenginleşmesini zorunlu hale getirmektedir. İnsan haklarının tarihsel gelişimi incelendiğinde hakları üç kuşağa ayırmak mümkündür.

Information management in healthcare organizations. *The Economia Seria Management*. 12(1). 33-138.

Çağlar, İ., Kılıç, S. (2008). *Kalite Güvence Standartları*. Ankara: Nobel Yayınları.

Çavuş, M.F., Gemici, E. (2013) Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*.1 (1). 238-257.

Çelik, A. (2006). *Kalite Yönetim Sistemi ve CE İşareti Uygulamaları*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Çetin, C., ve Akın, B. (1998). *Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları*, İstanbul: Beta Yayınları

Demir, M.H., Gümüšoğlu, Ş. (2003). *Üretim Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınları.

Devebakan N. ve diğerleri. (2007). Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi Elazığ'daki Hastaneleri Üzerine Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 9 (3): 37-55

Elçioğlu,Ö., Demirhan Erdemir, A. (2003). *Hasta Hakları, Çağdaş Tıp Etiği*. İstanbul: Nobel Tıp Yayınları.

Emini, E. M. (2004) . Hak Kavramı. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınları

Erturgut, R. (2012). Toplam Kalite Yönetimi ve Liderlik. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Genç, H. (2011). *Toplam Kalite Yönetimi Dâhilinde Hasta Memnuniyeti Sivas Devlet Hastanesinde Bir Alan Araştırması*. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Göze, A. (1995). *Siyasal Düşünceler ve Yönetimler*. İstanbul: Beta Yayınevi.

Hakeri, H. (2007). *Tıp Hukuku*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Halis, M. (2000). *Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvencesi Sistemleri*, İstanbul: Beta Yayıncılık

Hasta Hakları Yönetmeliği, 01.08.1998 Tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete.

Hasta Hakları Uygulama Yönergesi. (2005). Sağlık Bakanlığı. Ankara.

Hatun, Ş. (1999). *Hasta Hakları*. İstanbul: İletişim Yayınları.

İncesu, E., Yorulmaz, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi. *5.Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresinde Poster Bildirisi* Okan Üniversitesi, İstanbul

Karlıkaya, E. (2006). *Hak, Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları Kavramı Ne Anlama Geliyor?*. II.Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu Kurs Notlar Trabzon:Hak-Say:17.

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

Kavuncubaşı, Ş; Kısa A. (2007). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Pelikan.

Kaya, S. (2004). Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 7(1)

Kavrakoğlu, İ. (1998). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Kalder Yayınları.

Kırılmaz, H, (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(1):11-21

Kovačić N., Klapan D. (2013). Quality Management in Health Care Industry. *Interdisciplinary Management Research*. 9: 227-238

Kuruşçu, M. (2003). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Ödülleri*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.

Kuş, H. (2012). Evrensel Pencereden Türkiye’de Sağlıkta Kalite. *Sağlık ve İnsan Dergisi*. 10: 28-30.

Kuzhan, H. (2009). *Bir Sağlık Kuruluşunda Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Küçük, O. (2010). *Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık

Murawska, A. (2013). Managing The Quality of Medical Services from Patients’ Perspective – Theory and Reality. *Journal of Positive Management*. 4(1): 63-67.

Oral, S., Yüksel, H. (2006). *Hizmet İşlemleri Yönetimi*. İzmir.

Özlü, T. (2005). *Hasta Hakları Hakkınız Var Çünkü Hastasınız*. İstanbul: Timaş Yayınları.

Özmen, M. E., Tanrıverdi, H. (2011). Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 15 (3): 85-109.

Öztürk A. (2009). *Kalite Yönetimi ve Planlaması*. Bursa, Ekin Yayınevi.

Öztürk, Y. E., Özata, M. (2010). *Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı*. Konya: Eğitim Kitabevi.

Polat, O.(2005). *Tıbbi Uygulama Hataları*. Ankara: Seckin Yayıncılık.

Sarıkaya, Y. (2010). *Rekabet ve KaliteYönetimi*. İstanbul: Etap Yayınevi.

Sert, G. (2004). *Hasta Hakları; Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde*. İstanbul: Babil Yayınları.

Sütlaş, M.(2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*. İstanbul: Chiviyazıları Yayınevi.

Şahin, B., Toprak, D. (2012). Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 3: 2-28.

Şahin T.K., Bakici H, Bilkan S, Dinçer S, Yurtçu M, GüneL, E. (2005). Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması. *Genel Tıp Dergisi*,15(4): 137-142.

Şeremet, F. (2013). *Kamu Hastanelerinde Hasta Hakları Birim Çalışanlarının Sorunları, Birime Gelen Şikâyetler ve Hasta Memnuniyeti*". (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şimşek, H. (2007), Toplam Kalite Yönetimi, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Şimşek, M. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul:Alfa Yayıncılık.

Tarım, M., Yılmaz, F., Kılıçarslan N. (2012). Hasta Haklarının Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 3: 47-62.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tababet ve Şuabatı Kanunu, 1928.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2009). Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara, ISBN: 978-975-590-288-3.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). *Türkiye’de Sağlığa Bakış*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Tengilimoğlu vd. (2010). 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Bildiriler Kitabı. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Bakanlık Yayın.

Tengilimoğlu D.ve diğerleri. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Ulusoy, H. Biçer B,E. Naldöken Ü. (2011) Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Görüşleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 33: 17-25.

Uygun, O. (2000). İnsan Hakları Kuramı. *İnsan Hakları*, Yapı Kredi Yayınları, 1

Uzan, Ş. (2012). *Toplam Kalite Yönetiminin Hizmet Sektöründe Uygulanabilirliği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yapraklı, Ş., Karabulut, K. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi Erzurum’da Bir Uygulama. *İktisadi İdari Bilimler Dergisi*. 15(1,2): 117-130.

Yatkın, A. (2004). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5: 69-74.

Zaim, H., Tarım M. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları* 59: 1-24.

Zgodavova K, Colesca S, E. (2007). Quality Management Principles – An Approach in Healthcare Institutions. *Management and Marketing Journal*, 5(1): 31-38.

<http://www.bursaonkoloji.gov.tr/onkoloji/hastahak/hhisakis/isakissemasi01.html>
erişim 24.05.2014

http://tr.wikisource.org/wiki/Hipokrat_Yemini erişim:21.05.2014

<http://www.haksay.org/?q=node/21> erişim 21.05.2014 erişim 21.05.2014

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.54fc170c91d858.83316601 erişim 21.05.2014

<http://www.nilgunsarp.com/?p=19> erişim tarihi 27.04.2014

www.saglik.gov.tr erişim tarihi: 16.05.2014

<http://www.kalitesistem.com/?sayfa=icerik&tur=degerlerimiz&kategori=kalite-onderlerimiz&icerik=kalite-onderlerimiz> erişim: 21.05.2014

http://www.eurocons.com.tr/puko_dongusu-bilgi_bankasi-W.Edwards%C2%A0Deming%C2%A0ve%C2%A0PUKO%C2%A0D%C3%B6ng%C3%BCs%C3%BC.html erişim: 22.05.2014

http://www.trex.com.tr/yazilimler_paretoanalizi.php erişim 22.05.2014

<http://www.skymark.com/resources/tools/histograms.asp> erişim: 23.05.2014

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14> erişim 21.04.2014 saat 22.19

http://www.standartkalite.com/saglikta_kalite_akreditasyonu.htm erişim 23.04.2014

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=426> erişim 23.04.2014

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=355>sks hastane seti erişim 23.04.2014

EK – 1

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve İlkeler

Amaç

Madde 1- Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Kapsam

Madde 2- Bu Yönetmelik; sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademede ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkını haiz olan bütün fertleri kapsar.

Hukuki Dayanak

Madde 3- Bu Yönetmelik; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9 uncu maddesinin (c) bendine ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- Bu Yönetmelik'te geçen deyimlerden;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığı'nı,
 - b) Hasta: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimseyi,
 - c) Personel: Hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseleri,
 - d) Sağlık kurum ve kuruluşu: Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar hariç olmak üzere, sağlık hizmeti verilen resmi veya özel bütün kurum ve kuruluşlar ile tababet icra edilen bütün yerleri,
 - e) Hasta hakları: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını,
- ifade eder.

İlkeler

Madde 5- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır:

- a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima gözönünde bulundurulur.

b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.

c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.

d) Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.

e) Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.

f) Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

Madde 6- Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.

Bilgi İsteme

Madde 7- Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme

Madde 8- Hasta; tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile, sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir.

Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile hasta sağlık kuruluşunu değiştirebilir. Ancak, kuruluşu değiştirmenin hayati tehlikeye yol açıp açmayacağı ve hastalığının daha da ağırlaşp ağırlaşmayacağı hususlarında hastanın tabip tarafından aydınlatılması ve hayati tehlike bakımından sağlık kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esastır.

Acil vak'alar dışında, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup da mevzuatın öngördüğü sevk zincirine uymayanlar aradaki ücret farkını kendileri karşılar.

Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevkeden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır.

Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme

Madde 9- Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir.

Mevzuat ile belirlenmiş usllere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.

Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır.

ncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

Madde 10- Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır.

Acil ve adli vak'alar ile yaşlılar ve zrller hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Madde 11- Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.

Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

Madde 12- Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, lme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.

Ötenazi Yasağı

Madde 13- tenazi yasaktır.

Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez.

Tıbbi zen Gösterilmesi

Madde 14- Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Genel Olarak Bilgi İsteme

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usülleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir.

Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

Kayıtları İnceleme

Madde 16- Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

Kayıtların Düzeltilmesini İsteme

Madde 17- Hasta; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir.

Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar.

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller

Madde 19- Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.

Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır.

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.

Bilgi Verilmesini Yasaklama

Madde 20- İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Hasta Haklarının Korunması

Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Madde 21- Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.

Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama

Madde 22- Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz.

Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hakimnin kararına bağlıdır.

Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

Bilgilerin Gizli Tutulması

Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.

Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.

Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.

Üçüncü fıkra da belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür.

Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki

Madde 26- Kanuni temsilcinin muvafakatinin gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.

Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması

Madde 27- Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metodlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metodları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağının ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır.

Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağının mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.

Altıncı Bölüm'de yer alan hükümler saklıdır.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği

Madde 28- Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir.

Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Organ ve Doku Alınmasında Rıza

Madde 29- 18 yaşından küçük ve mümeyyiz olmayanlardan organ ve doku alınmaz. Bu şartları tamam olanlardan teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlar ile organ veya doku alınması, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 6 ncı maddesinde öngörülen yazılı şekil şartına tabidir. Ölüden organ ve doku alınma şartı ve cesetlerin bilimsel araştırma için muhafazası hususunda 2238 sayılı Kanun'un 14 üncü maddesi hükümleri saklıdır.

Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi

Madde 30- İlgilinin rızası mevcut olsun veya olmasın, Bakanlık tarafından tespit edilmiş olanlar dışındaki ilaç ve araçlar aile planlaması hizmetlerinde kullanılamaz.

Gebeliğin sona erdirilmesi, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile öngörülen şartlara tabidir.

Sterilizasyon ve gebeliğin sona erdirilmesi hallerinde, hastanın rızası ile evli ise eşinin de rızası gereklidir.

Rızanın Kapsamı

Madde 31- Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın, uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsar. Ancak, tıbbi işlemlerin uygulanmasında, bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirlenen hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilir.

ALTINCI BÖLÜM

Tıbbi Araştırmalar

Tıbbi Araştırmalarda Rıza

Madde 32- Hiç kimse; Bakanlığın izni ve kendi rızası bulunmaksızın, tecrübe, araştırma veya eğitim amaçlı hiçbir tıbbi müdahale konusu yapılamaz.

Tıbbi araştırmalardan beklenen tıbbi fayda ve toplum menfaati, üzerinde araştırma yapılmasına rıza gösteren gönüllünün hayatından ve vücut bütünlüğünün korunmasından üstün tutulamaz.

Tıbbi araştırmalar, sadece, mevzuata göre araştırmada bulunmayan yetkili ve yeterli tıbbi bilgi ve tecrübeyi haiz olan personel tarafından, mevzuat ile belirlenmiş bulunan yerlerde yürütülür.

Gönüllünün tıbbi araştırmaya rıza göstermiş olması, bu araştırmada görev alan personelin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.

Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi

Madde 33- Araştırmalarda, gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınır. Araştırmanın gönüllüye vereceği muhtemel zararlar önceden tespit edilemediği takdirde; gönüllü, rızası bulunsa dahi, araştırma konusu yapılamaz.

Gönüllü; araştırmanın maksadı, usulü, muhtemel faydaları ve zararları ve araştırmaya iştirak etmekten vazgeçebileceği ve araştırmanın her safhasında başlangıçta verdiği rızayı geri alabileceği hususlarında, önceden yeterince bilgilendirilir.

Rıza Alınmasının Usulü ve Şekli

Madde 34- Tıbbi araştırma hakkında yeterince bilgilendirilmiş olan gönüllünün rızasının maddi veya manevi hiçbir baskı altında olmaksızın, tamamen serbest iradesine dayanılarak alınmasına azami ihtimam gösterilir.

Tıbbi araştırmalarda rıza yazılı şekil şartına tabidir.

Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu

Madde 35- Reşit ve mümeyyiz olmayanlara, kendilerine faydası olmadan, sırf tıbbi araştırma amacı güden tıbbi müdahaleler hiçbir surette tatbik edilemez. Faydaları bulunması şartı ile reşit ve mümeyyiz olmayanlar üzerinde tıbbi araştırma yapılması, velilerinin veya vasilerinin rızasına bağlıdır.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, 24 üncü maddenin ikinci fıkrası hükmü uygulanır.

İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı

Madde 36- Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmış olsa dahi, sırf tıbbi araştırma amacı ile hasta üzerinde kendi rızası ve Bakanlığın izni bulunmaksızın hiçbir ilaç ve terkip kullanılamaz.

İlaç ve terkiplerin tıbbi araştırmada kullanımı, 29/11/1993 tarihli ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik hükümlerine tabidir.

YEDİNCİ BÖLÜM

Diğer Haklar

Güvenliğin Sağlanması

Madde 37- Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar.

Tutuklu ve hükümlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında muhafazaları ile ilgili özel mevzuat hükümleri saklıdır.

Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma

Madde 38- Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır.

Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekan belirlenir.

İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır.

Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir.

İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret

Madde 39- Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel; hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik, şefkatli ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır.

Sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara, onların bedeni ve ruhi durumları dikkate alınarak, hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı ve bekletilmeleri sözkonusu ise, bekletilmenin sebepleri hususunda gerekli ve yeterli bilgi verilir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan haysiyetine yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esastır. Gerekğinde, bu hususlar hasta tarafından talep konusu yapılabilir.

Hasta ziyaretçilerinin kabul edilmesi, kurum veya kuruluşça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ve hastaların huzur ve sükunlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır.

Refakatçi Bulundurma

Madde 40- Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir.

Bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurum ve kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuata ayrıca düzenlenir.

Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi

Madde 41- Hastalar, aşağıdaki hallerde sağlık hizmetlerinden bulundukları yerlerde de faydalanabilirler:

- a) Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde,
- b) Tıbbi sebeplerden dolayı sağlık kuruluşuna bizzat gidilemeyen veya götürülemeyen hallerde,
- c) Tabii afetler gibi olağanüstü hallerde.

Hizmetin sağlık kuruluşu dışında verilmesi ile ilgili usul ve esaslar, Bakanlık tarafından ayrıca düzenlenir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları

Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı

Madde 42- Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu

Madde 43- Hasta haklarının ihlali halinde, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş aleyhine maddi veya manevi veyahut hem maddi ve hem de manevi tazminat davası açılabilir.

Ancak, aleyhine dava açılacak merciin kamu kurum ve kuruluşu olması halinde;

a) 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 12 nci maddesine göre; hakkın bir idari işlem dolayısı ile ihlal edilmesi halinde ilgililer, doğrudan doğruya tam yargı davası veya iptal ve tam yargı davalarını birlikte açabilecekleri gibi ilk önce iptal davası açarak bu davanın karara bağlanması üzerine dava açma süresi içerisinde tam yargı davası açabilirler.

b) Aynı Kanun'un 13 üncü maddesi uyarınca, zarar verici eylemin öğrenildiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde maddi ve manevi tazminat olarak istenilen tazminat miktarı ayrı ayrı gösterilerek idareye müracaat edilmesi ve talebin açıkça veya zımnen reddi halinde kanuni süresi içinde idari yargı mercilerinde dava açılması gerekir.

Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi Personelin Sorumluluğu

Madde 44- Bu Yönetmelik'te gösterilmiş olan hasta haklarının fiilen kullanılmasına mani olan veya bu hakları başka şekilde ihlal eden personelin, cezai, mali ve inzibati sorumluluklarının tamamı veya bunlardan bir kısmı doğabilir.

Birinci fıkrada belirtilen sorumluluklar haricinde, ihlalin durumuna göre, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş tarafından personel hakkında uygulanacak idari tedbir ve müeyyideler saklıdır.

Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usulü

Madde 45- Kamu kurum ve kuruluşlarında görevli personelin, hasta haklarını ihlal eden fiil ve halleri, şikayet halinde veya idarece kendiliğinden tespit edildiğinde, hadisenin takibi, soruşturulması ve gerekir ise müeyyideye bağlanması için doğrudan valiliklerce veya Bakanlık veya personelin görevli olduğu kurumlar tarafından müfettiş veya muhakkik görevlendirilir.

Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler

Madde 46- Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personel tarafından ve görevleri sırasında herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olan personelin fiilinin niteliğine göre, soruşturmacı tarafından hakkında disiplin cezası teklif edilmiş ise, mevzuatın öngördüğü disiplin cezaları yetkili amir veya kurullarca usulüne göre takdir edilir.

b) Hak ihlali aynı zamanda ceza hukukuna göre suç teşkil ettiği takdirde, memur olan personel hakkında, Memurin Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkat hükümlerine göre yapılan soruşturma sonucunda lüzum-u muhakeme kararı verilir ise, dosya cumhuriyet başsavcılığı'na gönderilerek ceza davası açılması ve böylece personel hakkında fiiline uygun bulunan cezai müeyyidenin tatbiki sağlanır.

c) Anayasa'nın 40 ıncı maddesinin ikinci fıkrası, 129 uncu maddesinin beşinci fıkrası ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 13 üncü maddesi ve ilgili diğer mevzuat uyarınca, memurların ve diğer kamu görevlilerinin hukuki sorumluluğu doğrudan doğruya memur aleyhine açılacak dava yolu ile gerçekleştirilemez. Dava, 43 üncü maddede gösterilen usule göre, ancak idare aleyhine açılabilir. Bu personelin hukuki sorumluluğunun doğması, idare aleyhine açılacak dava neticesinde tazmin kararı verilmesine bağlıdır.

Kamu görevlisi personelin verdiği zarar, mahkeme kararı üzerine idare tarafından tazmin edildikten sonra, müsebbibi olan sorumlu personele rücu edilir.

d) Kamu görevlisi personelin mesleklerini resmi görevleri dışında serbest olarak icra etmekte iken işledikleri fiillerden dolayı haklarında 47 nci maddeye göre işlem yapılır.

Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu

Madde 47- Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi olmayan personel tarafından herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olmayan personel; hakları ihlal edilen hastanın doğrudan vaki olacak şikayeti üzerine veya bu fiillerin başka şekilde tespiti halinde Bakanlık veya başka kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan bildirim üzerine, bunların özel kanunlara göre kurulmuş olan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları haysiyet divanlarınca disiplin cezaları ile cezalandırılabilir.

b) Kamu görevlisi olmayan personelin hasta haklarını ihlallerinden doğan hukuki sorumlulukları, genel hükümlere göre doğrudan doğruya kendilerine veya bunları çalıştıran kurum ve kuruluşlara karşı veya hem kendilerine ve hem de çalıştıranlara karşı birlikte dava açılarak ileri sürülebilir.

c) Kamu görevlisi olmayan personel hakkında, ceza hukukuna göre suç teşkil eden fiilleri sebebiyle cezai müeyyideler tatbik edilmesi, genel hükümlere göre doğrudan doğruya cumhuriyet savcılıklarına yapılacak ihbar veya şikayet yoluyla gerçekleştirilebilir.

DOKUZUNCU BÖLÜM

Son Hükümler

Kurum ve Kuruluş Yetkililerinin Görevi

Madde 48- Sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkilileri; bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirtilen hasta haklarının lafzına ve ruhuna uygun olarak kullanılabilmesine yardımcı olmak amacı ile bu Yönetmelik'te gösterilen "hasta hakları"nı bir liste, tabela veya broşür haline getirerek, bunları sağlık kurum ve kuruluşunun, hastalar, personel ve ziyaretçiler tarafından kolayca ulaşıp okunabilecek uygun yerlerinde bulundurmak da dahil olmak üzere, gereken bütün tedbirleri almakla mükellef ve yetkilidir.

Saklı Olan Hükümler

Madde 49- Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu yararının, genel ahlakın ve genel sağlığın korunması maksatları ve kanun hükümleri ile getirilen özel düzenlemeler ve sınırlamalar saklıdır.

Yürürlük

Madde 50- Bu Yönetmelik, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 51- Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.