

SAĞLIK HİZMETLERİNDE SUNUM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

FACTORS INFLUENCING THE QUALITY OF HEALTH SERVICES

Selda Hızal¹, Gülsen Ceyhun²

Özet

Kalite güvencesinin amacı sağlık sistemlerinin yararlarını ve maliyet-etkinliğini arttırmaktır. Bu, kısmen hizmeti ve profesyonel gelişimi artırması kısmen de sayılabilirlik sağlaması açısından gereklidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gücü özellikle maliyet, toplum memnuniyeti ve toplumun sağlık durumu göz önüne alındığında tüm sistemin başarısının ana göstergesi olabilir. Bu yazıda amaçlanan ülkemizdeki mevcut durum baz alınarak, sağlık kuruluşlarının kalite değerlendirilmesinde kullanılan "kişiler arası ilişkiler" unsurunun ve kalite kavramının tartışılmasıdır.

Anahtar sözcükler: Kalite güvencesi, birinci basamak sağlık hizmetleri, kişiler arası ilişkiler

Summary

The aim of quality assurance is to improve the efficiency and cost-effectiveness of health services. Systems of quality assurance are necessary, partly to improve service and professional development, and partly to provide accountability. The power of primary health care is a major factor of health systems' success, especially in the areas of accountability, consumer satisfaction and overall health status of the community. The purpose of this article is to discuss the "interpersonal relations" of quality in the evaluation of health services and concept of quality on the basis of the current situation in Turkey.

Key words: Quality assurance, primary health care services, interpersonal relations

Giriş

Toplumun sağlık standardının yükseltilmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi günümüzde öncelik kazanmış konulardan birisidir. Birinci basamak hizmet veren kurumlara karşı toplumun düşünce ve yaklaşımı ile bu kurumların kullanımını değerlendiren çalışmalar son yıllarda uluslararası bilimsel platformda en çok ilgi toplayan halk sağlığı konularından birini oluşturmaktadır. Özellikle, sağlık bütçeleri küçük, gelişmekte olan ülkelerin öncelikli hedefi, koruyucu sağlığa yönelik hizmetleri ve birinci basamak sağlık kurumlarının (BBSK) kullanımının artırılmasıdır. Türkiye'de 1992 yılında yapılan araştırmanın sonuçlarına göre BBSK'nın ilk başvuru noktası olarak kullanım oranı kırsal alanda % 41.5 iken bu oran şehirlerde %14.1'e düşmektedir.¹ Kullanılmama nedenleri arasında öncelikli neden, sağlık hizmetlerinde kalitenin düşüklüğüdür. Kalite, bugün sağlık hizmetlerinde üzerinde önemle du-

rulan ana noktalardan birisini oluşturmaktadır. Ancak kalite kavramı beraberinde "Kalite nedir?", "Nasıl ölçülmelidir?" ve "Kim kaliteyi ölçmelidir?" gibi bir seri soruyu da gündeme getirmektedir. O halde öncelikle kalite kavramının tartışılması gerekir.

Kalite Nedir?

R. Pirsig kaliteyi tanımlamaya çalışırken şu ifadeyi kullanmıştır;

"Kalite diye bir kavramı biliyorum, ancak ne zaman tanımlamaya çalışırsam zorluğunu fark ediyorum ve yapamayacağımı anlıyorum"

Bugün evrensel olarak kabul edilmiş kalite tanımlaması bulunmamaktadır. Kalitenin farklı kişiler için farklı anlamları vardır. Bir çok insan bir sağlık kuruluşuna girdiğinde servisin iyi veya kötü kalitede olduğunu anlayabilir, ancak kaliteyi tanımlamada ve ölçmede büyük güçlük çeker. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Bilim-

¹⁾ Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Öğretim Görevlisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı.

²⁾ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı.

sel Akademi-Tıp Enstitüsü sağlık hizmetlerinde kaliteyi çok genel anlamı ile "profesyonellerin teknik bilgisinin arttırılması ve bireyler/toplum için arzulan sağlık göstergelerine ulaşma" olarak tanımlamaktadır.² Donabedian ise kaliteyi tartışırken iki ana nokta üzerinde durmaktadır; a) Sağlık hizmetlerinin teknolojik yönü (kullanıcının sağlık problemlerini çözmeye yönelik sağlık bilimi, tıptaki teknolojik gelişme ve pratiğe uygulanması) b) Sağlıkta bireyler arası ilişki (kullanıcı ve uygulayıcı arasındaki ilişki).³ Farklı tanımlamalarda ise kalite kavramının kullanıcının sağlık kurumuna girişinden itibaren, kayıt masasındaki ilişki, bekleme odasının rahatlığı, şikayetlerine cevap bulabilme, klinik düzelmenin sağlanması ve sağlık kurumunun yemek ve otelcilik hizmetlerindeki kaliteyi kapsadığı belirtilmektedir.⁴ Bu bize kalite kavramının farklı boyutları olduğunu ve kullanıcı, uygulayıcı ve yönetici tarafından bakıldığında farklı kantitatif ve kalitatif kriterlere sahip olduğunu göstermektedir ki, kantitatif değerlendirmenin ölçümlerle, kalitatif değerlendirmenin ise değer yargıları ile yapıldığı görülmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Birinci basamak sağlık hizmeti (BBSH) dünyanın bir çok ülkesinde öncelikli olarak kullanılmakta ve hastanelere ulaşımında BBSH' de çalışan doktorlar (aile hekimleri / genel pratisyenler) sevk zinciri içinde karar verici rolü oynamaktadır. Sağlık hizmet basamaklarında amaçlanan, kendi kendine bakım ve birinci basamak (BB) hekimine başvurunun öncelikli uygulama olması, 2. ve 3. basamak olarak tanımlanan hastanelerin ileri tetkik ve tedavi gereksinimlerine yönelik olarak BB' da görülmüş ancak tedavisi yapılamamış olgularla ilgilenmesidir.⁵

0. Basamak: Kendi kendine bakım: Kişinin sağlığını koruyabilmesi, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanabilmesi ancak kendi kendine bakımla mümkündür.⁶

1. Basamak hizmetler: Sağlık ocakları (SO), üna Çocuk sağlığı ve üile planlaması (AÇSAP) Mmerkezleri ve semt poliklinikleri bu grup içinde yer alır.

2. Basamak hizmetler: Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı hastanelerde verilmektedir. Kuruluşlarındaki amaç yataklı tedavi olmasına karşın hastaneler yoğun poliklinik hizmeti sunma durumunda kalmaktadırlar.

3. Basamak Hizmetler: Üniversite ve özel branş hastaneleri bu kapsam içine alınmaktadır. Bu merkezler diğer sağlık hizmet sunum basamaklarında tanı alamamış, ileri tetkik ve tedaviye gereksinim duyan hastalara yüksek teknolojik ve tıbbi bakımın verildiği kurumlardır. Ülkemizde 3. basamak hizmet vermekle yükümlü hastaneler bunu ancak 0, 1. ve 2. basamak sağlık hizmetinden vakit buldukları oranda yapmaktadırlar.⁶

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, bütüncül, basamaklı, nüfus bazında ve ekip çalışması ile yürütülmesine yönelik yapılanma 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile başlatılmıştır. Kanun kırsal alanda sağlık hizmetlerine öncelik vermiştir, ancak 1980' li yıllarda kentlere doğru büyük bir göç başlamıştır. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 1995 verilerine göre Türkiye nüfusunun % 59' u şehirlerde yaşamaktadır ve bu oranın 2000 yılında % 70 olması beklenmektedir. Bu nedenle sistem kentlerde yetersiz kalmış, özellikle metropollerde 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları olarak tanımlanan hastanelerin doğrudan kullanımını gündeme getirmiştir.

Hastane polikliniklerinde yaşanan hasta yoğunluğu hizmet kalitesini etkilemiş, hizmeti sunan ve hizmetten yararlananlarda sorunlara yol açmıştır. Bugün hastane poliklinikleri birinci basamak sağlık hizmeti sunar hale gelmiştir. Sağlık kurumları kullanım çalışmaları hastanelerimize başvuranların % 90' ının sorunlarının birinci basamakta koruyucu ve tedavi edici yöntemlerle çözümlenebileceğini göstermektedir. Ancak ülkemizde bireylerin herhangi bir sağlık sorunu karşısında öncelikle 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları yöneldiğini görmekteyiz.

Türkiye' de BB hekimlerinin tüm hekimlere oranı % 57' ye ulaşmıştır. Kalkınmada 1. derecede öncelikli illerde dahi pratisyen hekim başına 3249 kişi düşmektedir (Bu sayı bir aile hekimi için öngörülen en fazla 3000 kişiye çok yakın bir sayıdır). Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama Koordinasyon (SBAPK) birimi verilerine bakacak olursak 1995 yılı için hastane ve sağlık ocakları poliklinik sayılarını şöyle verebiliriz: Hastanelerde 41.578.790, sağlık ocaklarında 30.698.580 poliklinik muayenesi yapılmıştır.⁶ Bir başka deyişle toplam poliklinik hizmetinin % 41. 8' i sağlık ocaklarında veriliyor gibi gözükmektedir. Türkiye Sağlık Hizmetlerini Kullanım Araştırması sağlık ocaklarını en fazla küçük çocukların, en az da yaşlıların ve en az eğitilmiş grubun kullandığını ortaya çıkarmıştır. Bunun nedeni, sağlık ocaklarının düşük sosyo ekonomik grubun yaşadığı kırsal alanlarda bulunması olarak açıklanmıştır.⁷ Bugün sağlık ocakları görev tanımı ve hukuki yükümlülükler açısından birer hükümet tabipliği konumundadır. Kişiyeye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetleri, çevre ile ilgili görevleri ve yönetimle ilgili sorumlulukları bünyesinde toplamaktadır. Tanımlanmış olan ve kendisinden beklenen bu yoğun iş yükü nedeniyle sağlık hizmetlerine yeterli süre ayıramamakta, ek olarak pratisyen hekimlerin uzmanlık arayışı da bu sorunları ağırlaştırmaktadır.

Tıp fakültelerimizde uygulanan eğitim birinci basamaktan çok hastane yönelimlidir. Yapılan araştırmalar tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin önemli bir bölümünün (oranlar % 38. 3 ile % 52 arasında değişmektedir) kendilerini birinci basamakta çalışmak için yetersiz his-

settiklerinden uzmanlık eğitimine yöneldiklerini göstermektedir.⁷ Bu şekilde yetişen hekimlerin hiç bir uyum eğitimi ya da mezuniyet sonrası eğitim almadan sahaya yollanması da bu gün yaşanan sorunların kaynaklarından birini oluşturmaktadır.

Toplumun birinci basamak sağlık kuruluşlarını kullanmamasının nedenleri araştırıldığında şu faktörlerin etkili olduğu görülmüştür:

1. Sağlık ocaklarının donanım yetersizliği
2. Pratisyen hekimin motivasyonunun olmayışı
3. Toplumun pratisyen hekimin bilgi ve becerisini değerlendirememesi, uzman hekimin üstünlüğü anlayışının silinmemesi
4. Tıpta Uzmanlık Sınavına hazırlık ve uzmanlık arayışı içinde olan pratisyen hekimlerin bulunması
5. Sağlık ocaklarının koruyucu ve tedavi edici hizmetler yanında çevre ve idari hizmetler yönünden de önemli görevler üstlenmeleri nedeni ile birinci basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğinin azalması

Prof. Dr. Nusret Fişek de "Halk Sağlığına Giriş" adlı kitabında⁸ "1963- 1965 yılları arasında başarı ile uygulanan Sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür" demekte ve bunu:

1. Yönetimin isteksizliği
2. Personel yetersizliği
3. Eğitimin uygunsuzluğu
4. Sağlık ocağı- hastane işbirliğinin yetersizliği
5. İl sağlık yönetimlerinin yetersizliği
6. Ödenek yetersizliğine bağlamaktadır.

Hasta Memnuniyeti ve Sağlık Hizmet Sunum Kalitesi

Sağlık çalışanının esas görevi, hastasının gereksinim ve isteklerine hizmet etmek ve hastanın iyiliği için çalışmaktır. Hastanın endişeleri ve çıkarlarını ön planda tutmak esas amaçtır. Bakımdan memnuniyet; kişinin tıbbi yardım alması, tedaviye uyumu ve doktoru ile sürekli ilişkide bulunmasını sağlayan önemli bir etken olarak değerlendirilmektedir.⁹ Kullanıcı memnuniyeti, sağlık hizmet sürecinin bir göstergesi olarak düşünülebilir. İnsan memnuniyeti yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve kişi ve toplumun değerleri gibi faktörlerle ilişkili karmaşık bir kavramdır. Hasta (kullanıcı) memnuniyeti ya da doktor/hasta iletişimi gibi kalitatif yöntemlerle ölçülebilen kalitenin hasta merkezli bileşenlerine karşı artan bir ilgi vardır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet genelde değişik alanların bileşeni olarak tanımlanmış bir kavramdır.⁹ Memnuniyet bu şekilde tanımlanmış bir kavram olduğuna göre, yapılan herhangi bir araştırma memnuniyetsizlik kaynaklarını bulmaya yönelik olmalıdır.

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan kalite ölçütleri aşağıda gösterildiği gibi çok yönlüdür;

- Bilgi, teknik donanım ve beceri
- Profesyonel standartlar
- Etik değerleri göz önünde bulunduran yaklaşım ve davranışlar
- Eldeki mevcut kaynaklarla iyiyi elde etmek için yönetim becerisi
- Eğitim ve araştırma programları gibi.

Kalite araştırmalarında önde gelen araştırmacılar olan Donabedian ve Bruce^{3,4} sağlık hizmetlerinde kalite unsurlarını şu şekilde gruplamışlardır:

A) Mesleki Teknik Bilgi ve Beceriler

- 1) Tıbbi Denetim
 - Tanı ve tedavi için kullanılan işlemler
 - Kaynakların kullanımı
 - Hastanın yaşam kalitesi
- 2) Rehberler, protokoller ve standartlar
- 3) Beceri ve performansın değerlendirilmesi
- 4) Teknik beceriler
- 5) Uygulayıcıların klinik yöntemleri etkin bir şekilde kullanma becerisi
- 6) Kayıt tutma
- 7) Yataklı sağlık kurumları ile bölgesel sağlık merkezlerinin ilişkisi

B) Kişiler arası ilişkiler

- 1) Kullanıcı ve uygulayıcı arasındaki ilişki:
 - Uygulayıcının kullanıcıya saygı göstermesi
 - Uygulayıcının uygun yöntemleri kullanıcıya sunarak, doğru seçimi yapmasını sağlamak
 - Sağlık personelinin dinleme becerileri
 - Sağlık personeli tarafından kullanıcıya bilgi verme becerisi
 - Kullanıcının mahremiyetinin dikkate alınması
- 2) İlişkinin ölçülebilir göstergeleri:
 - Randevu almak için harcanan süre
 - Sağlık servisini alabilmek için harcanan zaman
 - Uygulayıcı ile birlikte olunabilen süre
- 3) Hasta memnuniyeti:
 - Sağlık servislerinin kullanımına devam etmek
 - Farklı amaçlar için sağlık servisinin kullanılması
 - Arkadaş/eş-dosta sağlık servisinin kullanımı için tavsiyede bulunmak
 - Alınan hizmet için para ödemeyi kabul etmek

Kalite her zaman düzeltilebilme olanağına sahip, süregelen bir aktiviteler bütünüdür. Teknik bilgi ve becerilerin yüksek standartlarda tutulmaya gayret edilmesi, kuşkusuz kaliteyi etkileyecek önemli bir faktördür. Ancak bu konuda yapılacak çalışmalar önemli bir maddi yük oluşturacaktır. Neredeyse hiç bir maddi gereksinimin olmadığı kalitenin "kişiler arası ilişkiler" unsuru, özellikle BBSH'de kısa sürede, çok az bir bütçe ile maksimum etkinlik sağlayabilir. Bir sağlık kurumunda kalitenin değerlendirilmesi için de, özellikle Türkiye gibi maddi sorunların sık yaşandığı ülkelerde bu unsur, araştırmaların öncelikli konusunu oluşturmalıdır. Hizmet sunum kalitesinin yükseltilmesi yönünde yapılacak önerilerin öncelikle kişiler arası ilişkiler ana başlığındaki alt konulara yönelik olması gerekmektedir.

Kişiler Arası ilişkiler

Yapılan araştırmalarda doktor- hasta iletişimde verilen bilgi, kişiler arası ilişkiler, hastaya ayrılan zaman, kişisel sorunlara eğilme için memnuniyet puanları, mesleki düzey, randevu, sevk ve yazılan ilaç gibi tedavinin teknik bileşenlerinden daha düşük bulunmuştur.^{10,11} Bakımın sürekliliği, doktorun iletişim becerileri, hasta merkezliliğinin derecesi, hastanın istediği ve elde edebildiği girişimler arasındaki bağla da ilişkili bulunmuştur. Şili, Santiago'da yapılan bir araştırmada AÇSAP kliniğine başvuran kadınlardan yüksek kalitede sağlık hizmetini tanımlamaları istendiğinde bunu "insan gibi muamele görmek" olarak belirtmişlerdir. Kullanıcılar klinikte olması gerekenleri şöyle sıralamışlardır: 1. Temiz, hijyenik bir alan, 2. Uygun hizmet, 3. Ulaşılabilir dış hizmetler, 4. Yararlı ve doğru bilgi, 5. Sorunlarını danışmak için yeterli süre, 6. Kibar, sevecen ve dost personel, 7. Hastanın öğrenme gereksinimlerinin farkında olan personel, 8. Öğrenme için olanak, 9. Verilen ilacı alabilme.¹²

Kalite araştırmalarında sağlık kurumundan memnuniyete en çok etki eden faktörler araştırıldığında, sağlık ocaklarında hemşire memnuniyet skorunun en yüksek olduğu ve genel memnuniyeti etkileyen en önemli faktörün de hemşireler olduğu dikkati çekmektedir. Sağlık ocaklarında hemşirelerin görevleri sahada bebek ve gebelerin izlemi, bebeklerin düzenli aşılanmasının takibi, merkezde gebelerin izlemidir. Bu hizmetler de birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık ocaklarında sahada hemşire ilişkisi memnuniyete daha çok etkili olmaktadır, çünkü insanlar sağlık ocağında hemşirelerle gerek sahada, gerekse merkezde daha fazla ilişki içindedirler. Hastanelerde ise doktor ve teknoloji (bilgi, tetkik vs) ön plana çıkmaktadır ve bazı hastalar poliklinik hizmetlerinde hemşire ile hiç karşılaşmayabilmektedir. Hastanelerde hemşireden memnuniyetin azlığı, bireylerin polikliniklerde hemşire ile bire bir ilişki içinde olmaması ya da hastanın doktorla temasında hemşirenin engelleyici rolünden kaynaklanabilir. Filipinler' de 1987 yılında ya-

pılan bir çalışmada şehirlerde sağlık merkezlerinde doktor ve hemşirelerin, kırsal alanda ise (izlemleri ebe yaptığı için) ebenin memnuniyet üzerinde en fazla etkili faktörler olduğu gösterilmiştir.¹³ Wong ve arkadaşları, kırsal alanda veya bölge sağlık merkezlerinde kullanıcıların beklentisinin çok fazla olmadığını, ebenin ev ziyareti yapmasının bile memnuniyet üzerine olumlu etki edebileceğini belirtmektedirler.¹³

Doktor Bekleme Süresi

Sağlık kuruluşundan memnuniyeti etkileyen faktörlerin başında bekleme süresi gelmektedir. Kullanım araştırmasında BB sağlık kuruluşlarında ortalama bekleme süresinin hastanelerdekinin yarısı olması ile benzerlik göstermektedir.¹ Bekleme sürelerindeki farklılığı bölge sağlık ocaklarında hasta yoğunluğunun hastanelerdekinin çok altında olmasına ve daha basit yakınmalar için SO kullanılmasına, hastaların daha komplike sorunlar için doğrudan hastaneleri tercih etmelerine bağlayabiliriz. Bir çalışmada,¹⁴ SSK Ankara Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, SB Dr. Sami Ulus ve AÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde süre ve memnuniyet göz önüne alındığında memnuniyetsizlik en fazla SSK (% 62. 5) sonra sırasıyla SB Hastanesi ve Tıp Fakültesindedir (% 40. 0 ve % 30. 5). Toplam memnuniyet puanları göz önüne alındığında da yine yukarıdaki sıralama geçerlidir. Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırmasında bekleme süreleri göz önüne alındığında Türkiye genelinde ortalama bekleme süresi 1 ila 1.5 saat bulunmuştur (Kurumlar göz önüne alındığında ortalama bekleme süreleri SO için 46.7 dakika, Devlet hastaneleri için 88.1 dakika, SSK hastaneleri için 102. 0 dakika ve Üniversite hastaneleri için 129. 5 dakikadır.¹ Araştırma grubunun % 45' i bu sürenin çok uzun olduğunu düşünmektedir.¹ Bekleme süresinden en az memnun olanlar işçilerdir.

Doktorun Muayeneye Ayırdığı Süre

Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda doktor yanında geçen sürenin ikinci basamak olarak kabul edilen hastanelere göre daha kısa olduğu düşünülebilir. Bu merkezlerde hastanelere göre doktor yanında geçen sürenin kısalığı, bu bölgelerde doktor- hasta ilişkisinin sürekliliğine, hasta dosyasındaki verilerin elde edilebilirliğine bağlanabilir. Eğitim hastanelerinde doktor yanında geçen sürenin uzunluğunu hastanın her seferinde polikliniklerde farklı doktorla karşılaşma, tekrar öykü verme ve ardından o anki sorunlarını anlatmasına ve birden fazla doktorun (uzman ve asistan gibi) hastayı görme olasılığına bağlayabiliriz. Kullanım araştırmasında en yüksek muayene sürelerinden biri 22.3 dakika ile üniversite hastanelerinde çıkmıştır. Bu süre SO için 12.1 dakika, Devlet hastanelerinde 17. 5 dakikadır.¹

Tetkik için Süre Memnuniyeti

Araştırma ve eğitim hastanelerine başvuran hastalardan kapsamlı ve hatta araştırma amaçlı tetkik istenebilir,

tetikler ve sonuçlarını almak için hastanın bir kaç gün beklemesi gerekebilir. Bu durum başvuran kişilerde toplam süre için memnuniyetsizliğe neden olan önemli faktörlerden birisi olabilir. Tetkik için süre memnuniyetin birinci basamak sağlık kurumlarında daha yüksek olmasını bekliyoruz. 1994 yılı Ekim ayında başlatılan Aile Hekimliği Pilot uygulaması kapsamına 5 sağlık merkezi alınmıştır. Bu merkezler basit laboratuvar ve radyolojik tetkiklerin yapılması yönünde desteklenmiş ve laboratuvarlarda çalışmak üzere personel görevlendirilmiştir.¹⁵ Sağlık ocaklarında ise ya bir hemşire ya da doktor, laboratuvar ile ilgilenir, bu kişilerin genellikle hasta bakmak, istatistiksel verileri düzenlemek gibi ek görevleri de vardır. Laboratuvarında sürekli bir görevlinin bulunmaması hastanın basit tetkikler için bekleme süresini uzatmaktadır. Aile Hekimliği Pilot Merkezlerinde uygulanan bu sistemin uygun personel desteği ile sağlık ocaklarında da işlerlik kazanması kullanıcı memnuniyetini ve dolaylı olarak da bireylerin kullanımını arttıracaktır. Birinci basamak sağlık merkezlerinin kullanımını artırmak için, bu merkezleri basit laboratuvar ve radyolojik tetkiklerin yapılabildiği merkezler haline getirilmeleri uygun olacaktır.

Toplam Süre Memnuniyeti

Sağlık merkezlerinde hastanın doktor için kısa süre beklemesine, muayene ve tetkik için daha az zaman harcamasına bağlı olarak toplam memnuniyetin birinci basamak hizmet veren kurumlarda daha yüksek olması beklenebilir.

Temizlik

Kurumun temiz kalmasını sağlamak kullanımın fazla olduğu yerlerde istenilen düzeyde olmayabilir ancak bu hastanede temizliğe biraz daha özen gösterilmesi ve personel sayısının artırılması kısaca biraz özenle, fazla maddi ek kaynak gerektirmeden bu kurumlarda temizliğin sağlanabilmesi mümkündür.

Geçen 50 yıl içerisinde tıp profesyonellerinin performansı artan oranda ilgi ve önem kazanmıştır. Bugün tıbbi bakım hastanın kendisi tarafından değil, büyük oranda üçüncü şahıslar [sigortalar (özel veya devlete ait), Emekli Sandığı, Bağ-Kur, vs] tarafından ödenmektedir. Bireylerin sağlığının gittikçe artan bir bölümü de sigorta kapsamı içine alınmaktadır. Devletin sağlık için ayırdığı bütçenin ne kadar yetersiz olduğu (eldeki mali kaynakların sınırlılığı) göz önüne alınacak olursa verilen sağlık hiz-

metlerinin ve tıbbi bakımın, bu kaynaklarla en doğru ve verimli biçimde kullanılması gerekliliği hemen her hizmet için tartışılmaz öncelikli konuyu oluşturmaktadır.

Sağlık sisteminde yaşanan sorunlara en kısa sürede çözüm bulunması gerekliliği artık yadsınamaz gerçeklerden biri olmuştur. Hastaneler üzerindeki yükün azaltılması, sevk zincirine işlerlik kazandırılması ve BBSH veren kuruluşlarda gerek verilen hizmet, gerekse teknolojik iyileştirilmelere gidilmesi, belki bir ölçüde bu sorunları azaltabilecektir.

Kalite güvencesinin amacı sağlık sistemlerinin yararlarını ve maliyet etkinliğini arttırmaktır. BBSH gücü, özellikle maliyet, toplum memnuniyeti ve toplumun sağlık durumu göz önüne alındığında tüm sağlık sisteminin başarısının ana göstergesi olabilir.

Kaynaklar

1. **Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması.** Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü I. Baskı 1995; ISBN 975- 8088-01-7.
2. **Stebbing L, Dixon N.** Meanings of quality in health Care. *Healthcare Quality Quest* THS 1992; 7-10.
3. **Donabedian A.** The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260 (12): 1743-8.
4. **Bruce J.** Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Stud Fam Plann* 1990; 21(2): 61-91.
5. **Türkiye Sağlık Reformu, Sağlıkta Mega Proje'de.** T. C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1992; 1-7.
6. **Türkiye İstatistik Yıllığı 1997.** T. C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası. Yayın no: 2110, 1998; 145.
7. **Çağlayaner H.** Sunuş. Aile Hekimliği I' de. Ed. Çağlayaner H. İstanbul, İletişim Yayınları, Cep Üniversitesi No:155, İletişim Yayınları, 1995; 9-14.
8. **Fişek N.** Halk Sağlığına Giriş'de. Ankara, H. Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayınları, 1985; 115-6.
9. **Carr-Hill RA.** The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 1992; 14(3): 236-49.
10. **Biderman A, Carmel S and Yeheskel A.** Measuring patient satisfaction in primary care: A joint project of community representatives, clinical staff members and a social scientist. *Fam Pract* 1994; 11(3): 287-91.
11. **Fitzpatrick R.** Surveys of patient satisfaction I: Important general considerations. *Br Med J* 1991; 302: 887-9.
12. **Hernan V.** The client's view of high- quality care in Santiago, Chile. *Stud Fam Plan* 1993; 24, 1: 409.
13. **Wong EL, Popkin BM, Guilkey DK ve ark.** Accessibility, quality of care and prenatal care use in Philippines. *Soc Sci Med* 1987; 24(11): 927-44.
14. **Öztaş D.** Ankara'da üç çocuk hastanesinde polikliniklere başvuran hasta yakınlarının memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. Gazi Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Uzmanlık tezi, 1996.
15. **Ceyhan G, Şener F.** Sağlık Bakanlığının Aile Hekimliği Konusundaki Hazırlıkları ve Uygulamaları. Aile Hekimliği II' de. Ed: Çağlayaner H. İstanbul, İletişim Yayınları, Cep Üniversitesi No: 155, İletişim Yayınları 1995; 71-85.

Geliş tarihi: 13.04.2000

Kabul tarihi: 05.06.2000

İletişim adresi:

Dr. Selda Hızal
Kırkkonkalar 53. Sokak
Petek Sitesi A Blok 9/32
06610 ANKARA
Tel: (0312) 319 78 84