

SAĞLIK HİZMETLERİNDE “MEMNU-NİYET”

Songül A. VAİZOĞLU*

Özet: İnsanın en temel hakkı olan sağlığın mümkün olan en iyi seviyede tutulması için sağlık hakkı en temel gerekliliktir. Bu derlemede günümüz politikaları ile bağlantılı olarak “sağlık hakkı”, “hasta”, “müşteri”, “hasta memnuniyeti” kavramları irdelenmiştir.

Anahtar sözcükler: Sağlık hakkı, hasta, müşteri, hasta memnuniyeti

Patient Satisfaction (!)

Abstract: “Right to health” which is the basic right of human beings have to be kept in the highest level. In this review “right to health” “patient – client- consumer- costumer” and “patient satisfaction” concepts has been discussed in conjunction with current health policies.

Key words: Right to health, patient, consumer-costumer, patient satisfaction

Sağlık hakkı uluslararası kabul görmüş bir insanlık hakkıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında “sağlık her insanın temel haklarından biridir, ve devletler vatandaşlarının yalnızca yeterli sağlık ve sosyal ölçütlerin sağlanması ile gerçekleştirilecek olan sağlığından sorumludur” denilmektedir. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi’nin 12. Maddesinde “herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olmak hakkı olarak tanımlanmıştır. İnsanın sağlık hakkına 1978 yılında Alma Ata Bildirisi’nde ve 1998 Dünya Sağlık Asamblesi kararlarında da değinilmiştir (Thibert, 2012).

Alma Ata konferansında yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmamasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları sağlığın temel insan haklarından biri olduğunu ve bunu da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer bir çok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır (TTB, 2012). Marmot ise sağlığın sosyal belirleyicileri adlı kitabında çocukluk gelişimi, iş koşulları, yaşama koşulları, ekonomik eşitsizlikler ve yaşam tarzı belirleyicileri gibi kavramların tümünün sağlık ve sağlıkta hakkaniyet adına birincil öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır (Marmot,

2009). Last ise insan davranışının sağlığın en önemli belirleyicisi olduğunu vurgulamaktadır. Bu, seçilmiş, atanmış resmi görevliler ve endüstriyel ve ticari ilgililerin davranışlarını da kapsar. Çokuluslu şirketlerin davranışı gelecekteki sağlığın en önemli belirleyicisidir demektedir (Güler, 2007).

Sağlık hakkı insan haklarından ayrılamaz ve ulaşılabilecek en üst düzey sağlık standardına ulaşma hakkıdır. Buna ulaşabilmek için de sağlık hizmetlerinin varlığı ulaşılabilirliği, kalitesi bu hakkın vazgeçilmez tamamlayıcılarıdır (Thibert, 2012; Müftü, 2012).

Sağlık haksı bunu sağlayan birileri olmalıdır. Günümüzde bunu sağlaması gerekenin kişinin kendisi olması tartışmaları gündeme gelmektedir. Sağlığın hak olarak kabul edilmesi kişi sorumluluğunu ortadan kaldırmamalı ancak olayı sadece hastalananın sorumsuzluğu olarak da değerlendirmemelidir. Bu şekilde düşünmek kişilerin sağlık güvencelerinin törpülenmesine yol açmaktadır (Güler, 2012).

Fişek Halk Sağlığına Giriş Kitabı’nda, “ Yaşama güdüsü yalnız insanın değil, tüm hayvanların da en kuvvetli güdüsüdür. İnsan hastalanınca yaşamının tehlikeye düştüğünü hisseder ve yaşamak, biraz daha yaşamak için her şeyini verebilir. Kendisine bu durumda yardım edebilecek kişi de yalnız hekimdir. Bu durum da meslek ahlakı yönünden kritik bir

*Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

durum yaratmakta ve hekimliği fazla kazanç yolu sayanların hastaları sömürmesine yol açmaktadır" demektedir (**Fişek, 1985**).

Hekiminin kamu görevlisi olması ve devletin vereceği ücret karşılığında sağlık hizmeti sunması ve Tabipler Birliği'nin hasta hekim ilişkisini etkin biçimde kontrol etmesinin meslek ahlakı yönünden zorunlu çözümler olduğunu ifade etmektedir (**Fişek, 1985**).

Günümüzde ise sağlık reformlarının merkezinde yer alan temel kavram "özelleştirme"dir. Özelleştirmenin sağlık alanında "hizmetin kamusal sunumundan vazgeçilmesi ile kamusal nitelikli mal/varlıkların özel sahipliğe dönüşümü" olarak tanımlanabilecek yapısı, tanımın gizlediği birçok unsur içermektedir. Bu unsurlardan biri, pazarda yer alan özel mülkiyete ait büyük şirketlerin, sanılanın aksine birbirleriyle acımasızca rekabete girmemeleri, buna karşın tümüyle kamusal sahipliği bulunan yapıların, İngiltere, İsveç, Finlandiya ve Batı Avrupa'nın birçok diğer ülkesindeki hastane kontratlarında karşılaştığı gibi kendi aralarında sıklıkla dayanışmalarıdır. Özelleştirme, sağlık kurumlarının bağımsız yönetimini, "otonomizasyon"unu getiren yönetsel düzenlemeler getirir, "pazar güdülerinin" kamusal sağlık kurumlarına yerleşmesini sağlar. Böylece herhangi bir mal/varlık transferi olmaksızın, kamusal sağlık kurumlarının işletmeleştirildiği, sağlık sektörünün de piyasalaştırıldığı bir manzara ortaya çıkmakta ve sağlık reform stratejileri de bu ekseninde yürütülmektedir (**Halk Sağlığı Kongre Gazetesi, 2004**).

Özelleştirme ve özel sağlık sektörünün gelişimi aynı zamanda sağlığı geliştirme hizmetlerinin göreceli olarak daha azalması ile sonuçlanmaktadır. Daha da kaygı verici olan kar güdüsü tarafından yönlendirilen özel şirketlerin sağlık hizmeti sunmalarıdır. Uganda'daki özel sağlık çalışanlarının müşteri kaybetme korkusuyla isteyen hastalara enjeksiyon yapmak zorunda kaldıkları bildirilmektedir. En etkili, güvenli ve hesaplı ilaçların reçetelere yazılması azalmıştır (**Halk Sağlığı Kongre Gazetesi, 2004**). Türkiye'de de hekimlerin hasta kaybetme kaygısı nedeniyle "müşteri memnuniyetini" artırmak için benzer yollara başvurduğu, hasta tarafından yönlendirildiği bilinmektedir.

Kapitalizmin küreselleşmesi sürecinde, dünyanın pek çok ülkesinde sağlık, piyasa koşullarına göre örgütlenmiş ve sağlık hizmeti meta durumuna getirilmiştir. Bu süreç sosyal güvencesi olanların bile hizmetten yararlanımını zorlaştırmış ve zorlaştırmaya devam etmektedir (**Halk Sağlığı Kongre Gazetesi, 2004**).

Sağlık bir "insan hakkı" olarak tanımlanmaktayken bu süreçte "hasta" yerine "müşteri" "sağlık hizmetleri tüketicisi" ya da "sağlık hizmetleri kullanıcısı" ifadeleri kullanılmaya başlanmıştır (**McLaughlin, 2009; Lu, 2012**). Dünyada pek çok ülkede de hastanelerden sigorta şirketlerine hekimlerden hastalara pek çok kişi hastaya artık müşteri/ tüketiciler olarak davranmaktadır. Bazıları bu ifadeden nefret ederken bazıları – bu işten kar edenler bu ifadeyi çok sevmekte ve kullanmaya devam etmektedir. Eğer hasta müşteri ise "Müşteri veli nimet olarak mı kabul edilmelidir?" Ya da bu terim hastadan çekinmek gerektiğini mi vurgulamaktadır? Burada işleri yöneten sorumlu kimdir ya da kim olmalıdır? Güç kimdedir ya da kimde olmalıdır? (**Williams, 1994**). Dr. Çağatay Güler'in "Tetikik" isimli öyküsünde hasta (müşteri) bir yandan velininimet olarak görülürken öte yandan "üç numaralı odanın beş numaralı yatağı" olarak anılmakta; teknoloji kullanım boyutu ve sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması güzel bir kara mizah örneği olarak vurgulanmaktadır (**Güler, 2013**).

Pek çok ülkede hasta yerine kullanılan terimler tartışılmakta ve müşteri ya da tüketiciler yerine "hizmet kullanıcısı" terimi tercih edilmektedir. Ancak bu terim de eleştirel olarak bakıldığında doğru bir tanım değildir. Hizmet ve kullanıcı (!) arasındaki karmaşık ilişkiyi değerlendirmekte yetersiz kalmaktadır.

1950'lerde doktor hasta ilişkisini ilk kez gündeme getiren gruplar sosyologlar olmuştur. Parsons, Szasz ve Hollander hastaların bakış açısını araştırmalarına dahil etmeye başlamışlar ve hastanın davranış örüntüsünü daha iyi anlamaya çalışmışlardır. 1960'lı yıllarda yaşamın her alanına tüketiciler kavramı girmiştir (**Williams, 1994**). Sağlık alanında da hasta memnuniyeti kavramı tıp literatüründe gündeme gelmeye başlamış ve temel olarak hasta hekim ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Genellikle de hastaların hekim muayenesinden tatmin olma durumları olarak değerlendirilmiştir. Hekimin yeterli açıklama yapması, yakın ve sıcak davranması, hastalıkla ilgili yeterli bilgi vermesi gibi konular değerlendirilmiştir. Hasta memnuniyetinin, hastaların aldıkları hizmetin beklentilerine ve hizmetin sunumunun kendi sosyokültürel değerlerine uygunluğuna, sonuçta elde ettikleri yarara bağlı olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.

Hasta memnun olmadığında ya verilen tedaviyi uygulamamakta ya da daha sonra aynı hekime tekrar gitmemektedir. 70'li yıllarda bu konu daha fazla tartışılmış ve hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerini

değerlendirmede bir ölçüt olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak yapılan çalışmalar sonucunda hasta memnuniyetinin bir ölçüt olarak kullanılmasının yeterli ve doğru olmadığı belirlenmiştir (Williams, 1994). Hastaların konu ile ilişkili bir dizi çok önemli karmaşık inanç ve davranışlarının olması nedeni ile hasta tatmininin hasta "memnuniyeti ifadesi" ile belirlenemeyeceği görüşüne varılmıştır. Pek çok memnuniyet araştırmasının yalnızca tüketim için bir araç olduğu ve mevcut durumu desteklediği sonucuna varılmıştır. Hizmeti sunanlar için bu araştırmalar hastaların ya da toplumun sunulan hizmetleri algılama biçimlerini ve bu hizmetleri nasıl değerlendirdiklerini ortaya koymaya yarayan ölçüt olmuştur (Yılmaz, 2001; Wilkin, 1992). Bu araştırmalarda, sunulan hizmetin kalitesi ile ilgili değerlendirmeler genellikle teknik ve fonksiyonel özellikler ile ilgili değerlendirmelerdir. Donabedian bilim ve teknolojinin tıpta kullanılmasını teknik boyut, hasta hekim ilişkisinin psikososyal boyutlarını da kişilerarası ilişkiler olarak değerlendirmektedir (Cleary, 1988). Hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmalarda genellikle sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları ile ilgili özellikler (hekim-hasta ilişkisinde hekimin hasta ile iyi iletişim kurması, hekimin ses tonu, hastalık ve tedavi ile ilgili olarak hastayı bilgilendirme durumu, muayene ve bilgilendirme için yeterli süre ayırması, tıbbi bilgisinin yeterli olması, hastanın rahatça sorularını sorması vb konular..) sağlık kuruluşunun teknik olanakları, fiziksel koşulları (sıcaklık, temizlik, havalandırma, gürültü, otopark, bekleme odaları vb.) bürokrasi, bekleme süresi, ziyaretçi politikası ve beslenme hizmetleri vb değerlendirilmektedir (Pelz, 1982; Özer, 2007; Williams, 1998). Bireyin sağlık gereksinimlerinin sürekliliği ve karmaşıklığı nedeni ile memnuniyet ile ilgili kriterler bir restoran ya da toplumdaki hizmet alanlarındaki kriterlerden çok daha farklı ve karmaşıktır (Yılmaz, 2001; Wilkin, 1992). Hasta memnuniyetinin artırılmasına ve hastanın güçlendirilmesine yönelik yürütülen çalışmalar iki ucu keskin bıçak olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde hekime yönelik şiddetin de bu denli artmasında etkisi tartışılmaktadır. Hekim bu süreçte hasta ve veya hasta yakınları tarafından üretim-tüketim sürecindeki "basit bir işçi" olarak görülmeye başlamıştır. Profesyonel meslek unsurlarının yitirilmesi sonucunda mesleki itibar toplum nezdinde zedelenerek hekimlere yönelik saldırıların zeminini oluşturmuştur (Yıldırım, 2013).

Ülkemizde 5 yıllık kalkınma planlarında özel sağlık hizmetlerinin teşviki 1984 yılından itibaren gündeme gelmiştir. V. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1984-89); özel sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesi ve

SSK'nın yeniden yapılandırılmasından bahsedilmiştir. VI. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-94); sağlık hizmetlerinin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi, finansman kesiminin çeşitlendirilmesi, özel kesime teşvik sağlanması ve Genel Sağlık Sigortasına (GSS) geçiş hazırlıkları yapılmasına değinilmiştir. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1995-2000) "Sağlık Reformu" başlığı yer almış ve sağlık hizmetlerindeki sorunlar tanımlanmıştır. Bu sorunların arasında kaynakların etkin kullanılmaması vurgulanarak, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanmasının gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Bu terimler neoliberal politikalar içinde geçen terimlerdir. VII. Planın hedefleri arasında ise sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, personel politikaları, yönetim yapısı ve toplum sağlığının korunması konularını kapsayan yeni yasal düzenlemelerin yapılması, mevcut mevzuatın güncelleştirilmesi ile özel sektörün sağlık sektöründeki faaliyetlerinin özendirilmesi vardır. VIII. Kalkınma Planında (2001-2007); özel sağlık ve hayat sigortalarının mevcut sosyal sigorta sistemine ek ve isteğe bağlı bir sistem olarak destekleneceği, özel sektörün sağlık yatırımları ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetlerinin teşvik edileceği belirtilmiştir. Ayrıca, hastanelerin idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulmadığından bahsedilerek çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri gereği vurgulanmıştır. IX. Kalkınma Planında (2007-2013) sağlık sisteminin etkinleştirilmesi ve Sosyal Güvenlik Sisteminin uygulanması neticesinde sosyal güvenliğe kayıtlı kişi sayısının arttığından bahsedilmiştir. "Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi" başlığı altında hastanelerin daha verimli işletmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirileceği, Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirileceği, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik edileceği şeklinde politikalar belirlenmiştir (Savaş, 2012). Bu gelişmeler paralelinde ülkemizde de hasta memnuniyet araştırmaları 1990'lı yılların ortalarından itibaren yapılmaya başlanmış ve 2000'li yıllarda bu konudaki çalışmalarda artış görülmüştür.

Günümüzde neoliberal politikalar hastayı müşteriye dönüştürmüştür. Günümüz kapitalizmi sağlığı ve tıbbi kar odaklı bir süpermarket dönüştürmüştür. Birey hasta ya da sağlam olsun sağlık süpermarketinin müşterisi olmuştur (Yavuz, 2013).

Sonuç olarak, sağ kalma, fizik güç, mental hijyen ve sağlıklı toplum hedefleri gelişmekte olan ülkelerin büyük çoğunluğunda temel hedef olma

özelliklerini sürdürmektedir. Oysaki gelişmiş ülkelerde sağ kalmadan performans, fizik güçten fiziksel yeterliliğe, mental hijyenden mental etkinliğe, sağlıklı toplumlardan sağlıklı çevre ve politikalara kayma sözkonusudur. Sosyal devlet yaklaşımının ortadan kalkması, sağlıkta özelleştirme, tedavi yaklaşımının ön plana çıkması, ileri teknolojinin aşırı kullanımı, sağlığın piyasa koşullarında değerlendirilmesi daha sonraki evreleri hedeflemeyi olanaksız kılacak, sayılan hedeflere ulaşma olasılığını da çok azaltacaktır (Güler, 2012).

Kaynakça

Cleary P.D., McNeil J.B., (1988) *Patient Satisfaction As an Indicator of Quality Care.*, *Inquiry* 25-36, Vol 25(1).

Fişek N.H., (1985) *Halk Sağlığına Giriş*, Ankara, Çağ Matbaası.

Güler Ç., (2012) *Halk Sağlığı Etiği*, Bölüm 25 s1766-1780, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde*, Ankara.

Güler Ç., (2012) *Halk Sağlığı Etiği*, Bölüm 25 s1766-1780, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde*, Ankara 2012.

Güler Ç., (2013) *Üç Numaralı Odanın Beş Numaralı Yatağı*, Palme Yayıncılık, Ankara.

Güler Ç., John M. (2007) *Last'tan sözler*, Yazıt Yayıncılık, Ankara.

Halk Sağlığı Kongre Gazetesi, (2004) *Küreselleşme ve Sağlık*, *Halk Sağlığı Anabilim Dalları Görüşleri*, Kocaeli Halk Sağlığı AD Görüşü, Ankara.

Marmot M., Wilkinson R.G., (2009) *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, İnsev Yayınları.

McLaughlin H., (2009) *What's in a Name: 'Client', 'Patient', 'Customer', 'Consumer', 'Expert by Experience', 'ServiceUser'—What's Next?* *British Journal of Social Work* 39, 1101-1117.

Müftü G., Doğan B.G, Bertan M., (2012) *Sağlık Hakkı Çerçevesinde İnsan, Kadın ve Çocuk Hakları*, Bölüm 26 s1792, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde*, Ankara.

Özer A., Çakıl E., (2007) *Sağlık Hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler*, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3): 140-143.

Pelz S.L., (1982) *Toward A theory of patient satisfaction: Soc. Sci. Med.*, 16: 577-82.

Savaş N., (2012) *Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Dünya Bankasının Ulusal Sağlık Mevzuatımıza Etkisi* 15. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 2-6 Ekim 2012.

Thibert A.A., Müftü G., Doğan B.G, Bertan M., (2012) *Sağlık Hakkı Çerçevesinde İnsan, Kadın ve Çocuk Hakları*, Bölüm 26 s1791, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde*, Ankara.

Wilkin D., Hallam L., Dogget, M.A., (1992) *Measures of need and outcome for primary health care*, Oxford University Press, 16-18.

Williams B., (1994) *Patient Satisfaction: A valid concept*, *Soc. Sci. Med.*, 38 (4), 509-51,

Williams S., Weinman J., Dale J., (1998) *Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review*. *Family Practice*, 15: 480-492.

www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=TTB_Mevzuat (Erişim tarihi: 16 Kasım 2013)

Yavuz C. I. (2013) *Sağlık Hizmetleri ve Kapitalizm içinde Elbek O., Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır*, Hayykitap Ekim 2013.

Lu S., (2012) *Patient as consumer: What does it mean for healthcare?* [www.http://blog.tedmed.com/?p=2030](http://blog.tedmed.com/?p=2030) (Erişim tarihi: 16 Kasım 2013)

Yıldırım K., (2013) *Hekime Yönelik Şiddeti Besleyen Skala*, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 28, Sayı: 1, Ocak-Şubat.

Yılmaz M., (2001) *Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü*, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2), 69-74.