

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YASEMİN ÖZKARA

Danışman
Yrd. Doç Dr. Mustafa ŞANLI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİNİN
SAĞLIK EKONOMİSİNDEKİ YERİ VE ÖNEMİ: BİR UYGULAMA

İktisat Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Antalya,2006

İÇİNDEKİLER

ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
SUMMARY.....	ix
GİRİŞ	1
BÖLÜM I: SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ	3
1.1.SAĞLIK KAVRAMI.....	3
1.2.SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI, AMACI VE ÖZELLİKLERİ	5
1.2.1.Sağlık Yarı Kamusal Malının Özellikleri	6
1.2.1.1. Dışsallık Yaratma Özelliği.....	6
1.2.1.2.Minimum Fedakarlık İlkesi	8
1.2.1.3.Kazanç Amacının Ön Planda Olmaması	8
1.2.1.4.Sağlık Hizmetlerinin Tüketiminde Rekabetin Varlığı	8
1.2.1.5.Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Egemenliği Yoktur	9
1.2.1.6.Sağlık Hizmetlerinde İçsel Faydaların Bulunması	9
1.2.1.6.1.Ekonomik İçsel Faydalar (Parasal Faydalar)	9
1.2.1.6.2.Ekonomik Olmayan İçsel Faydalar	10
1.2.1.7.Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanabilir Olması.....	10
1.2.1.8.Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Mal Olması	10
1.2.1.9.Sağlık Hizmetlerinin Erdemli Mal Olması	11
1.2.1.10.Sağlık Hizmetlerinin Zorunlu İhtiyaç olma Özelliği	11
1.2.1.11.Hastalığa Yakalanma Riski Önceden Tahmin Edilemez	11
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ GÖSTERGELER.....	12
1.3.1. Demografik Göstergeler	12
1.3.2. Ekonomik Göstergeler	14
1.3.3. Hastane Göstergeleri	14
1.3.4. Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri	14
1.4.SAĞLIK EKONOMİSİ	16
1.4.1.Pozitif Sağlık Ekonomisi	17
1.4.2. Normatif Sağlık Ekonomisi.....	18
1.5.SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI	18
1.5.1 Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri.	19

1.5.2. Sağlık Hizmetleri Arzı.....	19
1.5.2.1.Sağlık Personeli Arzı	20
1.5.2.2.Hastane Hizmet Kapasitesi.....	21
1.5.2.3.Sağlık Hizmetleri Arzında Etkinlik	21
1.5.2.3.1.Klinik Etkinlik.....	21
1.5.2.3.2.Ekonomik Etkinlik.....	22
1.5.2.4.Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Unsurlar	22
1.5.2.5.Sağlık Hizmetlerinin Optimal Arzı	22
1.5.3. Sağlık Hizmetleri Talebi.....	23
1.5.3.1.Sağlık Hizmeti Talebini Etkileyen Faktörler.....	25
1.5.3.2.Sağlık Hizmeti Talep Tahmini	28
1.5.3.3.Sağlık Hizmeti Talep Modelleri	30
1.5.3.3.1.Grossman Modeli	30
1.5.3.3.2.Talep Yerine İhtiyaç Yaklaşımı.....	32
1.5.3.3.3.Sunucuların Kabarttığı Talep	32
1.5.4.Sağlık Hizmetlerinde Arz-Talep Fiyat Oluşumu	33
1.5.5.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	35
1.5.5.1.Arz-Talep Yaklaşımı İle Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	38
1.5.5.2.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında İhtiyaç Ölçütü Yaklaşımı ...	42
1.5.5.2.1.Cullis-West ve İnelastik Talep Yaklaşımı	42
1.5.5.2.2. M. Cooper ve Elastik Talep Yaklaşımı.....	43
1.5.5.2.3.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında York Ölçütü Yaklaşımı	46
1.5.5.2.4.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Piyasa-Devlet Tercihi ...	46
1.5.5.2.4.1. Özel Sigorta Sistemi.....	47
BÖLÜM II : TÜRKİYE’DE DÜNDEN BUGÜNE SAĞLIK POLİTİKASI VE MEVCUT DURUM	51
2.1.1920-1938 DÖNEMİ.....	51
2.2.1938–1960 DÖNEMİ.....	51
2.3.1961–1980 DÖNEMİ.....	52
2.4.1980’DEN BUGÜNE.....	53
2.5.SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM	54
2.5.1. Yasal Durum.....	54
2.5.2. Demografik ve Epidemiyolojik durum	54

2.5.3. Sağlık Düzeyi	55
2.6.SAĞLIK BAKANLIĞININ MEVCUT YAPISI.....	57
2.6.1.Sağlık Bakanlığının Amacı ve Görevleri	58
2.6.2.Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....	59
2.6.3.Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı.....	59
2.6.3.1. İl Sağlık Müdürlüğü	61
2.6.3.2. İlçelerde Sağlık Yönetimi	61
2.6.3.3. İldeki Başlıca Sağlık Kuruluşları	61
BÖLÜM III: EKONOMİK ETKİNLİK VE HASTA MEMNUNİYETİ AÇILARINDAN	
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	63
3.1.EKONOMİK AÇIDAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİ VE ÖNEMİ	63
3.2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN YARARLARI.....	64
3.2.1.Ekonomik Olmayan Yararlar	64
3.2.2.Ekonomik Yararlar	64
3.3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU VE SUNUMU	66
3.4.SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	67
3.4.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	68
3.4.1.1.Buchanan ve Karşılıklı Etkileşim Yaklaşımı	71
3.4.1.2.Tullock ve Kitlevi Tatbikat Yaklaşımı	73
3.4.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	74
3.4.2.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	76
3.4.2.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	77
3.4.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	77
3.4.3.Rehabilitasyon Hizmetleri.....	78
3.4.4.Beslenme Hizmetleri.....	79
3.5.TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN MEVCUT	
DURUMU.....	79
3.6. HASTA MEMNUNİYETİ	83
3.6.1.Hastaya İlişkin Faktörler	83
3.6.2. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler	84
3.6.3. Çevresel Ya da Kurumsal Faktörler.....	84
3.7. TÜRKİYE'DE SEVK SORUNU	84

3.8. SAĞLIK EKONOMİSİ AMPİRİK ÇALIŞMALARINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR	86
BÖLÜM IV: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN HASTA TALEBİ AÇISINDAN ÖNEMİ-BİR UYGULAMI.....	87
4.1.ARAŞTIRMA PLANI.....	87
4.1.1.Amaç ve Kapsam.....	87
4.1.2.Araştırmanın Kısıtlılıkları	87
4.1.3.Araştırmanın Metodolojisi.....	87
4.1.3.1.Araştırma Örneklemine Tanımlanması	87
4.1.3.2.Araştırma Bölgesinin Tanıtılması	87
4.1.3.3.Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Kurumlarının Tanıtılması	87
4.1.3.3.1.Pamukova Devlet Hastanesi	88
4.1.3.3.2.Pamukova Sağlık Ocağı	88
4.1.4.Araştırmanın Hipotezi	88
4.1.5.Anket Formu	89
4.1.5.1.Likert Tipi Ölçeklerle İlgili Genel Bilgiler	89
4.1.6. Verilerin İşlenmesi	90
4.1.7.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	90
4.1.8.Kullanılan Memnuniyet Ölçeğinin Güvenilirliği.....	90
4.1.9.Kullanılan Sınıflandırma Yöntem ve Kriterler	90
4.1.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	90
4.2.BULGULAR VE TARTIŞMA.....	91
4.2.1.Bulgulara Yönelik Tartışma	91
4.2.3.Alt Problemler	98
4.2.3.1.Birinci Alt Probleme İlişkin Bulgular	99
4.2.3.2.İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular.....	108
4.2.3.3.Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular.....	113
SONUÇ.....	115
KAYNAKÇA	119
EK 1.....	126
EK 2.....	128
ÖZGEÇMİŞ.....	130

ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1.1: Sağlık Hizmetleri ile İlgili Göstergeler	15
Şekil 1.1 : Kısa Dönemde Sağlık Hizmetleri Arzı	20
Şekil 1.2 : Sağlık Hizmetleri Talebi	27
Şekil 1.3 : Sağlık Hizmetleri Arz-Talep İlişkisi.....	34
Şekil 1.4 : Finansman Türleri Marjinal Maliyet Eğrileri.....	40
Şekil 1.5 : Optimal Tedavi Hizmeti Çıktı Düzeyi.....	41
Şekil 1.6 : İnelastik Talep Yaklaşımı	43
Şekil 1.7 : Elastik Talep Yaklaşımı	44
Şekil 1.8 : Sıfır Fiyatla Arz Talebin Etkisi	45
Şekil 1.9 : Piyasa veya Kamu Sigorta Tercihini	47
Tablo 2.1 : Demografik Göstergelerde Gelişmeler.....	56
Tablo 2.2 : Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı.....	60
Tablo 3.1 : Toplum Sağlık Düzeyinin Yükseltilmesinin Sağlayacağı Potansiyel Yararlar	65
Tablo 3.2 : Sağlık Yarı Kamusal Malların Ekonomik Faydaları.....	65
Şekil 3.1 : Buchanan Yaklaşımı Sıfır Fiyatla Arz Talebin Etkisi	71
Şekil 3.2 : Tullock Yaklaşımı Piyasa veya Kamu Sigorta Tercihini.....	74
Tablo 4.1 : Hastaneye Gelen Hastalardan Seçilen Örneklemeye İlişkin Betimsel Veriler ...	91
Tablo 4.2 : Sağlık Ocağına Gelen Hastalardan Seçilen Örneklemeye İlişkin Betimsel Veriler	94
Tablo 4.3 : Hastaların Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Ölçeğine Verdiği Cevapların Cinsiyet ve Sağlık Ocağına Geliş Şekli Değişkenlerine Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin t-Testi Tablosu	99
Tablo 4.4 : Tablo 4.5' de Yer Alan F Testine İlişkin Betimsel Tablo	100
Tablo 4.5 : Sağlık Hizmetlerini Değerlendirme Ölçeğine Verdikleri Cevaplardan Elde Edilen Puanların (Yaş, Medeni Durum, Meslek, Eğitim Durumu, Gelir Düzeyi, Sosyal Güvence, Sağlık Ocağına Gelme Sıklığı, Sağlık Ocağına Kaçınıcı Gelişi, Sağlık Ocağına Geliş Nedeni, Sağlık Ocağına Tercih Nedeni ve Ekonomik Nedeni Değişkenlerine Göre) Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Yapılan F Testi Tablosu	102
Tablo 4.6 : Hastaların Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Ölçeğine Verdiği Cevapların	

Cinsiyet ve Hastaneye Geliş Şekli Değişkenlerine Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin t-Testi Tablosu	109
Tablo 4.7 : Tablo 4.8' de Yer Alan F Testine İlişkin Betimsel Tablo	109
Tablo 4.8 : Sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan elde edilen puanların (yaş, medeni durum, Meslek, Eğitim durumu, Gelir düzeyi, Sosyal güvence, hastaneye Gelme sıklığı, hastaneye Kaçınıcı gelişi, hastaneye Geliş nedeni, hastaneyi Tercih nedeni ve Ekonomik nedeni değişkenlerine göre) farklılık gösterip göstermediğine, ilişkin yapılan F testi tablosu	111
Tablo 4.9 : Hastaların Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Ölçeğine Verdiği Cevapların Sağlık Kurumu Türüne (Sağlık Ocağı/Hastane) Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin t-Testi Tablosu	113

KISALTMALAR LİSTESİ

AÇS-AP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
WHO	(World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
VSD	Verem Savaş Dispanseri
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
OECD	(Organisation For Economic Co-operation and Development) Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
IMF	(International Monetary Fon) Uluslar arası Para Fonu
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü

ÖZET

İnsanların sosyal ve ekonomik yönden refah içinde yaşamaları ve yüksek sağlık düzeyine ulaşmalarında en önemli unsurlardan biri “Temel Sağlık Hizmetleri”dir. Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında ele alınan hasta sevk ve sonuçlarını izleme bu bütün içinde değerlendirilmelidir. Son yıllarda her sektörde olduğu gibi sağlık sektörü de bir değişim içindedir. Bu değişim; yalnız teknoloji konusunu değil; sağlık kurumlarında hizmet sunumuna ilişkin bir takım düzenlemeleri de gündeme getirmiştir. Çünkü hastalar hizmet almak istedikleri sağlık kurumlarını belli kısıtlamalara rağmen seçebilmektedirler. Bu seçimde hastaları etkileyen, tercihlerini o yönde kullanmalarını sağlayan birçok faktör bulunmaktadır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde genel olarak sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin tanımı, amacı ve özellikleri ile sağlık hizmetleri piyasası iktisadi yönden ele alınmıştır.

İkinci bölümde; geçmişten bu güne Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi değerlendirilmiş, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin mevcut durumu ortaya konulmuştur.

Üçüncü bölümde ise; birinci basamak sağlık kuruluşlarının etkin kullanılmadığı, bunun ekonomiyi olumsuz etkilediği ve hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarına uğramadan doğrudan ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelmelerinde hasta memnuniyetinin önemi ele alınarak; hasta memnuniyetini ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Dördüncü bölümde uygulamaya yer verilmiştir. Bu amaç doğrultusunda, Adapazarı iline bağlı Pamukova ilçesinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşu olan Pamukova Sağlık Ocağı ve ikinci basamak sağlık kuruluşu olan Pamukova Devlet Hastanesi’nde yüz yüze anket yöntemi ile toplanan verilerin analizinde; Cronbach’ın güvenilirlik testi, t Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın sonucuna göre hastaların ikinci basamak hizmete yönelmelerinde memnuniyetin önemi belirlenmiş, birinci basamak kuruluşlarda, laboratuvar hizmetlerinin iyileştirilmesi, yine bu kuruluşlarda uzman doktor çalıştırılmasının memnuniyet üzerinde olumlu etki yaratacağı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşlarının gereği gibi kullanılması durumunda ihtiyaçların büyük bölümü karşılanabilecek, ikinci basamakta yük azalacak, buralarda hasta yığılmaları, gereksiz teknoloji kullanımı ve sağlık hizmetlerinde maliyetlerin yükselmesi önenebilecektir.

IMPORTANCE OF PATIENT SATISFACTION ON HEALTH CARE ECONOMY IN PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS : AN APPLICATION

SUMMARY

One of the most important things for people to live in social and economical prosperity and reach high level health is “Basic Health Care”. Referring patient and examining results have to be considered in scope of Basic Health Care Concept. Lately, like every other sector, health care is in changing. This change makes not only the technology important but also providing service in the health care institutions because although there are restrictions, patients can choose the health care institution they want to get service. And there are a lot of factors that could affect patients’ choice.

First chapter of this research mainly about the health concept, definition and objective of health care, features of health care and health care in the economical point of view.

In the second chapter; development of health care service in Turkey is evaluated and current situation presented.

In the third chapter; objective is to determine the factors affecting patient satisfaction such as entry primary health care institutions not being used effectively, patients applying secondary health care institutions instead of primary health care and negative effects of this situation on the economy.

In the fourth chapter; related implementation takes place. Cronbach’s reliability test, t test and one way variance method are used to analyze the data collected by face to face surveys in Pamukova Sağlık Ocağı which is a primary health care institution, and a secondary health care institution; Pamukova Devlet Hastanesi, both located in Pamukova, Adapazarı.

According to the research; the most important factor for the patients to apply secondary health care institutions is determined as patient’s satisfaction. Improvement of laboratory services and employment of specialist doctors have positive effects on patient’s satisfaction in primary health care institutions. Furthermore if primary health care institutions were used effectively, most of the patient needs could be met, thus the amount of the workload would decrease, unnecessary use of technology and increasing cost of health Care services would be prevented in secondary health Care institutions.

GİRİŞ

Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden biri de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Sağlık alanında hedeflenen konu; yalnızca daha uzun bir yaşam değil, yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Sağlık sektöründe eşit, sürekli ve yeterli hizmet sunumu, bu hizmetler için gerekli altyapının oluşturulması, insan gücü ve mali kaynak ihtiyacının karşılanması ve fiziki altyapı ile insan gücünün etkin kullanımı önemlidir.

Sağlık hizmetinin başlıca hedefleri; sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, toplumun her yerine ve tüm bireylerine eşit, adil, etkili ve kaliteli hizmet sunmak, hasta memnuniyetini yükseltmek, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini daha yüksek seviyelere ulaştırmaktır.

Ekonomik kalkınma ve artan refah düzeyine paralel olarak, toplumların sağlık hizmetlerine yapmış oldukları harcamalar da artmıştır. Çocuk ölümlerinde azalma, çalışma koşullarında iyileşme ve daha iyi beslenme koşullarına ulaşma sağlanırken, bu gelişmelerin bir sonucu olarak da, insanların hayata kalma sürelerinde uzama gerçekleşmiştir. Tüm bunlar için ciddi iktisadi kaynaklar harcanmıştır. Diğer yandan daha sağlıklı, daha uzun, daha anlamlı bir hayat için daha fazla kaynak ayrılmaya devam edilmektedir.

Mal ve hizmetlerin üretiminde kullanılmakta olan kaynakların kıtlığı, çok önemli evrensel bir sorundur. Bilindiği gibi, modern anlamda ekonomi biliminin temel kuralı, kıt olan kaynakların çeşitli ihtiyaçlar arasında en iyi şekilde dağıtılması gereğidir. Kıt kaynakların etkin kullanımı ise, ancak kaynakların rasyonel ve maksimum yararı/kararı sağlayacak şekilde ve alanlarda kullanılması ile mümkündür. Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de zaten kıt olan kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması gerekir.

Türkiye’de sağlık sektörünün çok önemli sorunları olduğu ve bu sorunların çözümlenebilmesi için köklü reformların yapılması gerektiği genel kabul görmekte, ancak, değişikliklerin nasıl ve ne yönde olması gerektiği konusunda farklı yaklaşımlar gözlemlenmektedir.

Bu bağlamda bakıldığında ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin temelinde,

- 1- Sağlığa ayrılan kaynakların yetersizliği,
- 2- Kaynakların etkin kullanılmayışı, vardır.

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre bir biçimde sunulduğu “Birinci basamak sağlık hizmetleri”nin, hastaların yatarak tedavi hizmeti aldıkları “İkinci basamak sağlık hizmetleri” sunan hastanelerin önünde bir filtre görevi görmesi beklenir. Eğer zorunlu durumlar dışında “Birinci basamak” sağlık kuruluşları hastaların ön tercih kurumları olarak

tasarlanabilirse; “İkinci basamak sağlık hizmetleri” sunan hastanelerin iktisadi ve tıbbi yükleri azalacaktır. Bu da yukarıda sıralanan kaynakların etkin kullanımını sağlamış olacaktır.

Bu tezin temelinde de; kaynakların etkin kullanılmasına ilişkin önemli bir konu olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi tartışılarak, benzer sosyokültürel bölgelerde birinci basamak sağlık hizmeti ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan iki sağlık kurumunda hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve aralarındaki farklılıkların nelerden kaynaklandığının ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda ortaya çıkan farklılıkların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence ve meslek olgularından etkilenip etkilenmediği de araştırılarak; sağlık hizmetlerinde birinci basamak hizmeti almadan ikinci basamak hizmete yönelimdeki nedenler ortaya konularak memnuniyetle ilişkili olup olmadığı gösterilmeye çalışılacaktır.

Bu amaçla, tüm belde ve köylerini kapsar biçimde sağlık hizmeti sunan, sanayi ve tarımsal gelirin bir bütün olarak egemen olduğu, Marmara bölgesinden tezin amacı açısından karakteristik nitelikli bir ilçe (Pamukova/Sakarya) araştırma alanı olarak seçilmiştir. Bu ilçede birinci basamak sağlık hizmeti sunan (bir) sağlık ocağı (Pamukova Sağlık Ocağı) ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan (bir) hastane (Pamukova Devlet Hastanesi) üzerinde saha analizi yapılacaktır. Öncelikli olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımının etkinleştirilmesi, gerekli hallerde ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönelim sağlanarak ekonomik açıdan sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli kullanılmasına ilişkin önerilerde bulunulacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1.SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık kavramları hekimler ve hastalar tarafından çoğu zaman farklı anlaşılır. Kişilere göre sağlık, genellikle hastalık halinin olmaması olarak tanımlanır. Bazıları kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak değerlendirmezler. Oysa hekimlere göre en basit yakınma ya da normalden sapma durumu hastalık olarak kabul edilir. Halkın eğitim düzeyi düştükçe ve halkla hekimler arasındaki kültür farkı arttıkça, bu gruplar arasındaki anlayış farklılığı da artar.

Günümüzde sağlık kavramı daha geniş bir biçimde ele alınır. Sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) anayasasında; sadece hastalık ve sakatlıkların olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır. (Tekin, 1987, s. 263; Cushman ve Beyrer, 1965, s. 2).

Diğer bir tanıma göre; "Halk Sağlığı; hastalıklardan korunmanın, hayat süresini uzatmanın örgütlenmiş toplum faaliyetleri yolu ile çevre sağlığı şartlarını geliştirmenin, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün fertleri kendi temizlik ve sağlık şartları yönünden eğitmenin, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi için tıbbi organizasyon kurmanın, her ferde sağlığının devamı için yeterli bir yaşama düzeyi sağlamak üzere sosyal mekanizmanın gelişmesi ve bu imkanları her vatandaşın kullanabilmesinin ilmi sanatıdır."(Erkmen, 1973, s. 2).

Bir Başka tanım da ise: Sağlık; kişinin fiziksel ve toplumsal çevreye ilişkin olarak vücut ve kafasının düzenli bir biçimde çalışmasıdır (Tokgöz,1981, s. 499).

Sağlık kavramı, biyomedikal yaklaşımda, tıbbi açıdan çeşitli hastalıklara yakalanmama hali olarak tanımlanırken; fonksiyonel yaklaşımda sağlık, bireysel duyu ve yeteneklerin normal olması olarak ve kültürel yaklaşımda ise, bireylerin toplumsal davranış bozukluğu göstermemesi şeklinde tanımlanmaktadır (Batirel, 1986, s. 171; Selby, 1974, s. 42–50).

Günümüzde sağlık kavramı konusunda farklı görüşler olmasına rağmen, sağlığın sadece kişisel bir sorun olmadığı, aynı zamanda toplumsal bir sorun olduğu genel kabul görmektedir. Sağlığın korunması; ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak da gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir.

Her ne şekilde olursa olsun sağlık hizmetlerinin nihai hedefi insandır. Bütün yatırımlar doğrudan doğruya ve dolaylı olarak insan için yapılmakta olup, insanların mutluluğunun asıl

kaynağı ise her şeyden önce sağlıktır. İnsanların kendilerinden beklenen işlevleri yerine getirebilmeleri ancak sağlıklı olmaları ile mümkündür. Sağlık bu yönüyle ele alındığında vazgeçilmez bir unsur olmaktadır.

Sağlıklı kişi, bedensel ve ruhsal faaliyetleri engelleyecek organik ve ya fonksiyonel bozukluklardan uzak kişidir. Bu tanım günümüzde daha da geliştirilmiş, “sağlık organizmanın yaşadığı çevreye uyumdur ve ya fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi durumda olmaktır.” şeklinde tanımlanmaktadır (Okur, 1992, s. 1).

Barış, yeterli besin ve gelir, gerekli niteliklere sahip konut, temiz içme ve kullanma suyu, hıfzıssıhha ve toplum içinde kişinin tatmin edici bir rolünün bulunması, sağlık için temel unsurlardır. Bir toplumda bunlar olmadan ekonomik gelişme ve kalkınma da olmaz (Yıldırım, 1993, s. 3–4).

Günümüzde gelişmekte olan toplumların sağlık sorunlarına örgütlenmiş çabalarla çözüm arayışları, genelde gelişmiş toplumların sağlık modellerinin taklidi biçiminde sürmektedir. Bu düşünceler ileri teknoloji ve ileri teknik personeli içeren sağlık kuruluşlarına daha çok sayıda sahip olmak şeklinde planlanmaktadır. Bu yaklaşım biçimi ayrıca bireyi sağlıklı kılma ve hastalıklardan koruma yerine, hasta olduktan sonra güç ve pahalı yöntemlerle tedavi etme anlayışını da getirmektedir (Eren, 1978, s. 12).

Ancak evrensel sağlık tanımındaki bireyin fiziksel, akılsal ve sosyal bütünlüğün korunması ve sürdürülmesi süreci günümüzde sadece tedavi edici hizmetlerin sorumluluğunda değildir. Bireyin sağlığını koruyacak, tıbbi kontrol, erken tanı ve tedaviyi başlatacak, zihinsel ve sosyal yeteneklerin kaybedildiği durumlarda rehabilitasyon hizmetlerini sunacak olan koruyucu sağlık hizmetleri, evrensel sağlık anlayışının bütünlük sorumluluğu’na daha uygun düşmektedir (Eren, 1984, s. 28).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün “2000 Yılında Herkese Sağlık” Programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıklar ve hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması, için mümkün gördüğü iyileştirme önerileri dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar:

1-Sağlıkta eşitlik (ülkelerarası ve aynı ülkedeki nüfus grupları arasında sağlık göstergelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılması),

2-Sağlıklı bir hayat için insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak “yaşama anlam kazandırılması”,

3-İnsanların önemli hastalıklar ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını arttırarak “yaşama sağlık kazandırılması”,

4-Doğuşta beklenen yaşam süresinin yükseltilerek “hayatın uzatılması”dır (Yıldırım, 1994, s. 5–6).

1.2.SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI, AMACI VE ÖZELLİKLERİ

Sağlık sektörü, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere çok geniş bir alanı kapsar. Sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek ve talep etmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün gibi şeylerin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır (Menderes-Ersoy, 1993, s. 30).

Sağlık ile sağlık hizmetleri birbirinden farklı kavramlardır. Sağlık; kişinin bireysel sermayesi olduğu halde; sağlık hizmetleri, sağlık sermayesine yapılan yatırım unsurlarıdır.

Sağlık hizmetleri kapsamında, temiz içme suyu ve iyi beslenmeden başlayarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tanı-tedavi hizmetlerine kadar olan çok geniş bir faaliyetler zinciri yer alır. Bu nedenle sağlık hizmetleri çok sektörlü ve sağlıkla doğrudan ya da dolaylı ilgisi bulunan çeşitli kamu ve özel işletmeler tarafından üstlenilerek yerine getirilir (Yeğinboy, 1993, s. 3).

Sağlık hizmetleri; özellikle sağlık personeli tarafından yürütülen ve insan sağlığına zarar veren faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetleridir.

Sağlık hizmetleri, kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak yani onları hastalıklardan korumaktır. Ancak her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz; bazıları hastalanır. İşte o zaman sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastaların tedavisi” söz konusu olur. Bugünkü bilgilerimizle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak iyileştirilemez; bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı, sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir (Öztek, 2004, s. 56).

İster tedavi şeklinde olsun, ister hastalığı önleme şeklinde yürütülsün sağlık hizmetlerinin amacı aynıdır: İnsanların sağlıklı ömrünü uzatmak. Böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımı, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle ülke çapında ele alınabilmektedir (Bulutoğlu, 1988, s. 251).

Sağlık Hizmetlerinde amaç, bireylerin yaşam hakkının güvence altına alınarak, üretkenliklerinin devamlılığını sağlamaktır.

1.2.1.Sağlık Yarı Kamusal Malının Özellikleri

Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal hizmet niteliği taşımaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetler tüketimleri neticesinde topluma yoğun dışsal faydalar sağlarken, kişilere de ayrıca özel faydalar sağlayan mal ve hizmetlerdir (Şener, 2001, s. 59).

Bu mal ve hizmetler kamu tarafından üretilmekle beraber tam kamusal mal ve hizmet niteliğinde değildirler. Çünkü parçalar halinde bölünebilir ve fiyatlandırılabilirler. Topluma sağladıkları içsel ve dışsal faydalar bakımından kamusal mallara, bireylere sağladıkları faydalar bakımından ise özel mallara benzemektedirler.

Yarı kamusal mal ve hizmetlerin toplum açısından taşıdığı önem, toplumsal faydası ve yeterince üretilmezlerse yaratacakları toplumsal maliyetler, piyasa yanında devletin de üretimde bulunmasına neden olur (Akdoğan, 1989, s. 46).

Sağlık sektörü, ekonominin diğer sektörleriyle karşılaştırıldığında, belirgin farklılıklara rastlanmaktadır. Bu farklılıkların çoğu sağlık kamusal malının kendine özgü özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal hizmet olarak kabul edilmesinin başlıca özellikleri şunlardır:

1.2.1.1. Dışsallık Yaratma Özelliği

Ekonomik birim ve bireyler, dışsal etkiler yaratacak kararlar alırken, kamusal ajanlar tarafından zorlanmadıkça, bu dışsallıkları dikkate almayacaklardır. Dışsallıkların dikkate alınmaması, sosyal olarak yararlı faaliyetlerin yetersiz; sosyal açıdan yararsız faaliyetlerin ise gereğinden fazla üretilmesine yol açar. Bu tür dışsallıklar, tüketilen hizmetin kendisinden değil, hizmeti tüketen bireyin niteliklerini değiştirmesinden kaynaklanmaktadır. (Akalin, 1986, s. 270).

Bu tür dışsallıkların temelini, sosyal malların üretim fonksiyonu oluşturmaktadır. Fiili hizmetler diğer dışsallık modellerinde sonuç odağını oluştururken, burada fiziki ve beşeri girdiler sistemin alıcıları ile bir araya gelince sonuçlar üretmektir. Sistemin girdileri, hastane, tıbbi teçhizat, ilaç, sağlık personeli gibi fiziki ve doktor, hemşire ve teknisyenler gibi beşeri unsurlar; sonuçları ise daha sağlıklı bireylerdir (Culyer, 1980, s.191)

Yarı Kamusal mal ve hizmetler, nitelikleri gereği piyasa tarafından üretilenirse de toplum açısından taşıdıkları önem, üretildiklerinde bireye sağladığı yarar dışında topluma sağladığı faydaları (dışsal fayda) ya da yeterince üretilmediklerinde bireye olan zararı yanında yaratacakları toplumsal maliyetler (dışsal kayıp) nedeniyle bu tür malların devlet tarafından üstlenilmesine neden olmuştur. Çünkü üretimleri tamamen piyasaya bırakıldığında yeterince üretilmemeleri, özel maliyet ve özel fayda ilişkisi içerisinde bu tür mal ve hizmetlere yapılacak yatırımların, yatırım kararlarının verilebilmesi yönünden rasyonel bulunmaması

hizmetlerde aksamaya yol açarak önemli toplumsal maliyetler yaratabilmektedirler (Edizdoğan, 1995, s. 26).

Ayrıca yarı kamusal mal ve hizmetlerin yarattıkları dış faydaların büyük oluşu kamu kesimine aktarılmalara neden olmuştur. Çünkü bazı mal ve hizmetlerin üretimi sonucu meydana gelen dış faydaların önlenmesi ve ölçülememesi, dolayısıyla pazarlanabilmesi mümkün olmayan dış faydalar ve dış kayıplar (dışsallıklar) ya eksik, ya da aşırı üretime sebep olurlar (Nadaroğlu, 1998, s.30).

Sağlık hizmeti, bu hizmetten yararlanan ve fiyatını ödeyen bireye sağladığı fayda yanında, topluma da bir fayda sağlar. Sağlık hizmetini geniş kitlelere yayılmış olmasından dolayı dışsal faydalar elde edilir. Yarı kamusal mal ve hizmetleri yaratan unsur dışsallık olayı olmaktadır (Edizdoğan, 1995, s.27).

Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal hizmet olarak kabul edilmesinin en önemli nedeni, bu hizmetlerin dışsallıklar yaymasıdır (Giray, 1989, s.14).

Bireyin daha sağlıklı olması, emeğin bir üretim faktörü olması nedeniyle, üretimin artmasına ve maliyetlerin düşmesine neden olur. Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin kalıtım yoluyla sağlıklı nesiller yetiştirmesi, sağlık hizmetlerinin pozitif dışsal faydasını yansıtır. Sunulan sağlık hizmetleri topluma, parasal dışsal faydalar da yayar.

Bireylerin sağlıksız olması, topluma eksi dışsallıklar yayabilir. Örneğin, bireyin bulaşıcı bir hastalığa yakalanması çevresine bu hastalığın yayılması olasılığını artırır. Bulaşıcı hastalık taşıyan bireyin tedavi altına alınmasıyla toplumda oluşabilecek eksi dışsallıklar önlenmiş olacaktır.

Bulaşıcı hastalıklardan kurtulmak için sağlık hizmeti talep eden tüketici, bu hizmetten doğrudan faydalar elde ederken, toplumdaki sağlıklı bireyler, tüketicinin hastalığının kontrol altına alınmasından, dolaylı faydalar sağlarlar. Örneğin; aşılardan sağlanan yarar, toplumdaki tüm bireylerin hastalığa yakalanma riskini azaltır. Bu durumda sosyal marjinal fayda, bireysel marjinal faydadan büyük olmaktadır (Alpugan, 1984, s. 156).

Sağlık hizmetlerinin yarattığı dışsallıkların piyasada diğer kamusal malların yaratacağı dışsallıklardan ayıran farklılıklar vardır (Akalin, 1986, s.271–272):

— Sağlık hizmetleri herhangi bir tüketim malı gibi düşünülebilir ve özel sektör bu alana yönelebilmektedir.

— Sağlık hizmetlerinde dışsallıklar, sağlık hizmetlerinin bireylerin niteliklerini iyileştirdiği temeline dayanmaktadır.

— Kullanılan girdilerle, sağlık hizmetleri çıktısı arasında teknik bir ilişki vardır ve bilgi birikimi sonucu etkiler.

— Kamu kesimi sağlık hizmetleri sunumunda amaç, sağlık göstergelerinin iyileştirilmesidir.

— Bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti, doktor tarafından, kullanılacak tıbbi teçhizat ve malzemenin miktarı siyasal ajanlar tarafından, toplumsal süreç dikkate alınarak, tespit edilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri sektörünün yaratacağı dışsallıkların büyüklüğü kamusal ajanların kararına bağlıdır.

— Kamu sektöründe sağlık hizmetlerinde pozitif fiyat kuramı geçerliliği yitirmekte ve hizmetler ekonomik-teknik etkinlik dikkate alınarak kaynaklar tahsis edilmektedir.

Tıbbi teknolojideki gelişmeler, sağlık hizmetlerini hem kalite ve hem de kapasite açısından gelişmesini sağlamak suretiyle, bireylerin hayatta kalma şansını yükseltir.

1.2.1.2. Minimum Fedakarlık İlkesi

Toplumdaki her bireyin en az fedakarlıkla sağlık hizmetlerinden, eşit şekilde yararlanması esastır (Leftwich ve Sharp, 1974, s. 160). Sağlık hakkı temel haklardan biridir. Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinin eşit, dengeli ve sürekli olarak tüm bireylere ulaştırılması zorunludur (DPT., 1989, s. 289).

1.2.1.3. Kazanç Amacının Ön Planda Olmaması

Sağlık hizmetleri konusunda siyasi felsefe, sağlık hakkının temel haklardan biri olduğu yönündedir. Daha açık bir ifadeyle, sağlık sektöründe kazanç asıl amaç değildir. Bu nedenle sağlık sektörü davranışları, kar güdüsüyle açıklanamaz.

1.2.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Tüketiminde Rekabetin Varlığı

Bir hizmetin kullanım kapasitesinde sınır olduğu zaman hizmetten yararlananlar arasında rekabet doğar. Ortak kullanılan birçok hizmette olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de kapasite sınırı vardır. Bu hizmetten yararlananlar, kapasite noktasına kadar birbirlerine rakip değildirler. Ancak kapasiteye ulaşıncaya rekabet başlar. Örneğin bir günde hastaneye muayene için başvuran hasta sayısı fazla ise, önce sıraya girenlerin muayenesi, sonrakilerin muayenesine olanak sağlamayacaktır. Sonuçta hastaların bir kısmının sağlık hizmetlerinden yararlanması diğerlerinin yararlanmasını önleyecektir. Sağlık hizmetlerinden herkesin faydalanması istenen bir durumdur. Ancak daha fazla hastaya bakmak hizmetin etkinliğini bozmamalıdır. Çünkü yeterli kalitede hizmet sunulabilmesi için her hastaya doktorların yeterli süre ayırması gerekmektedir (Giray, 1989, s.10–11).

Ancak sağlık hizmetleri sektöründe rekabet imkanları son derece kısıtlıdır (Leftwich ve Sharp, 1974, s. 159).

Şöyle ki; Sağlık personelinin meslektaşlarının sundukları sağlık hizmetlerini kötülemek suretiyle kendilerine avantaj sağlamadıkları varsayılır; her şeyden önce bu tür bir davranış meslek prensiplerine aykırıdır (Reinhardt, 1989, s. 338–339). Sağlık hizmetleri fiyatları (muayene, laboratuvar, röntgen ve ilaç fiyatları), ilgili meslek odaları veya kamu kuruluşlarınca daha önceden tespit edilir. Sektörde reklam, rekabet aracı olarak kullanılmaz.

1.2.1.5.Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Egemenliği Yoktur

Tüketiciler ihtiyaç duydukları sağlık hizmeti hakkında yeterli bilgiye sahip değillerdir (Batrel, 1986, s. 172). Bireyler satın alacakları mal ve hizmetlerin gerek niteliği ve gerekse niceliği konusunda üreticinin (sağlık personelinin) öneriyle bağımlıdır. Üretici kararlarında fiyat ve finansal etkenleri dikkate almadan hareket eder (Alpugan, 1984, s. 155).

Sağlık hizmetlerinde tüketici bilinçsizliği,

— Sağlık hizmetlerinin kalite ve etkinliği hususundaki belirsizlik,

— Sağlık için gerekli mal ve hizmetlerin düzensiz kullanımı nedeniyle bireylerin, sağlık hizmetleri alımı konusunda tecrübe kazanmaları ve

— Sağlık personelinin, alternatif sağlık hizmetleri konusunda tüketicileri (hastaları) yeterince aydınlatmamaları,

Nedeniyle ortaya çıkar (Alpugan, 1984, s. 155). Sağlık sektörünü, ekonominin diğer sektörlerinden ayıran en önemli özellik, sağlık hizmetlerinden yararlanmada tüketici egemenliğinin bulunmamasıdır.

Sağlık hizmetleri sektöründe tüketicilerin (hastaların), ihtiyaç duydukları sağlık hizmeti konusunda bilgilerin bulunmaması veya sağlık durumunu bozacak hareketleri bilinçsizce yapması, sağlık ekonomisinde etkinsizlik olarak adlandırılmaktadır (Fuchs ve Zeckhauser, 1987, s. 265).

1.2.1.6. Sağlık Hizmetlerinde İçsel Faydaların Bulunması

Sağlık hizmetlerinden yararlanan birey, topluma faydalı olma şeklinde dışsal fayda (bölünmez fayda), sağladığı gibi, içsel fayda (bölünebilir fayda) da sağlamaktadır.

Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarıyla elde edecekleri içsel faydalar; ekonomik içsel faydalar ve ekonomik olmayan içsel faydalar şeklinde iki gruba ayrılabilir:

1.2.1.6.1. Ekonomik İçsel Faydalar (Parasal Faydalar)

— Bireylerin sağlık durumlarında bir düzelme nedeniyle üretici güçlerinde oluşacak bir artış, gelirlerini arttıracak, bu da mali seçim olanakları yaratacaktır. Bu bir doğrudan parasal faydadır.

— Bireyin sağlığındaki düzelme onun Pazar dıŐı üretiminde fayda sağlayabilir, örneğin kendi tüketimi için sebze, meyve üretme dolaylı bir parasal faydadır.

1.2.1.6.2. Ekonomik Olmayan İçsel Faydalar

— Bireyin sağlık düzeyinde bozulmadan dolayı duyacağı acıların, uygulanacak tedavi süresi sırasında, dindirilmesinden dolayı ekonomik olmayan bir içsel sağlayacaktır. Bu tür içsel fayda sağlık hizmetlerinden yararlanırken değil, ileriki zamanlarda oluşur ve bir dayanıklı tüketim malı niteliğini taŐır.

— Sağlık hizmeti bireye, parasal olmayan seçim olanakları sağlar. Örneğin sağlıklı olmak bireyin istihdam olanaklarının geniŐlemesine neden olabilir.

— Yararlanılan sağlık hizmetleri bireyin daha uzun süre yaŐamasını sağlar.

— Sağlık hizmetleri bireylerin eğitim hizmetlerinden maksimum fayda elde etmelerine olanak sağlar.

— Yapılan sağlık harcaması, kişilerin çalışma arzusunu olumlu yönde etkiler

— İyi bir sağlık düzeyi iş olanaklarında istikrar ve güven sağlamaya yardımcı olur.

— Sağlıklı kişilerin üretimde yer almalarıyla ekonomik kalkınma hız kazanacaktır. Bu da sonuç olarak bireylerin refahının artışını sağlayacaktır (Giray, 1989, s. 12–13).

1.2.1.7. Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanabilir Olması

Yarı kamusal hizmet sayılan sağlık hizmetlerinin toplumu meydana getiren kişilere sağladığı özel faydaları yanında, topluma sağladığı toplumsal faydaları da vardır. Yani sağlık hizmetleri sadece kişilere değil, topluma da fayda sağlamaktadır. Kişilere sağlanan faydalar llmesine rağmen, topluma sağladığı fayda ölçülememektedir. Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından pazarlanması ve üretilmesi gerçekleŐtirilebilir (Aksoy, 1994, s. 68).

1.2.1.8. Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Mal Olması

Kamu hizmetlerine ilişkin tanımların hepsinde ortak özellik, yapılan hizmetin tüm toplumun tüketimine sunulması konusundadır. Tüm kamusal hizmetlerin ekonomik özellikleri açısından başlıca iki niteliğe yer verilmektedir.

— Tüketicilerin rakip olmamaları

— Tüketicilerin tüketimden dıŐlanmamaları

Tam kamusal hizmetler yurt genelinde veya belirli bir bölge genelinde bölünmezlik gösteririler. Tam kamusal hizmetlerin kullanımında bireylerin birbirine rakip olmaması yanında, bu hizmetlerin bir diğer özelliği ise hizmetin yapıldığı alanda herkes ister istemez

hizmetten yararlanmaktadır. Hizmet alanında bulunan bireylerin hiçbiri hizmetin tüketiminden mahrum bırakılamaz (Sönmez, 1983, s. 52).

Sağlık alanındaki tam kamusal mallara örnek, toplum sağlığı hizmetleridir. Örneğin sıtma ile savaşta, bir ödeme olmaksızın herkes fayda sağlamaktadır.

1.2.1.9. Sağlık Hizmetlerinin Erdemli Mal Olması

Sağlık alanında erdemli mal kullanımı iki noktada söz konusudur.

Birinci unsur; tüketicinin sağlık hizmeti konusunda seçim yaparken sahip olduğu bilgi düzeyi sorgulanmaktadır. Ancak bu konuda belirsizlik nedeniyle çözümlenemeyen sorunlar vardır (Akalın, 1981, s. 210). Bunlardan ilki; bazı durumlarda insanlar hastalandıklarının farkına varmazlar veya hastalıklarının farkında olsalar bile, tedavi ettirmelerinin sonuçlarını takdir edemezler. İkinci sorun ise; bazı durumlarda erdemli mallar ile ifade edilen zorunlu tercihlerin serbest kişisel tercihe üstün oldukları kabul edilir. Örneğin sağlık alanında; akıl hastalıklarında, alkoliklerde ve uyuşturucu madde kullananlarda durum böyledir.

İkinci unsur; erdemli mallar dışsallıklarla açıklanabilir veya dışsallıklar bu mallarla gölgelenebilir.

1.2.1.10. Sağlık Hizmetlerinin Zorunlu İhtiyaç Olma Özelliği

Bireylerin en temel hakkı, yaşam hakkıdır. Yaşam hakkının güvence altına alınması için bireylerin yeme, giyinme ve barınma gibi üç temel ihtiyacının yanında, dördüncü temel ihtiyaç olan sağlık hizmeti ihtiyacının da tatmin edilmesi gerekir. Sağlık hizmetlerinin zorunlu ihtiyaç olma özelliği, bir yere kadar, sağlık hizmetlerinin bedelsiz sunulmasını zorunlu kılmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin tamamen karşılıksız olarak sunulması halinde bireyler, gerçekte olduğundan daha fazla sağlık hizmeti talep edecekleri için, sağlık hizmetleri piyasa fiyatının çok altında, sembolik bir ücret karşılığında arz edilebilir (Alpugan, 1984, s. 158).

1.2.1.11. Hastalığa Yakalanma Riski Önceden Tahmin Edilemez

Geçmiş dönem verileri dikkate alınarak, toplumun gelecek yıllarda karşılaşabileceği hastalıkların olasılıkları tespit edilebilir, ancak önceden öngörülmeleyen faktörlerin ortaya çıkması her zaman olasıdır (Arrow, 1965, s. 152). Örneğin, Kuş Gribi gibi yeni bir hastalığın çıkması ihtimali, geçmiş yıl verileri dahilinde hesaplanamaz.

Hastalık olasılığının belirsizliği (Lees ve Rice, 1987, s. 55). Bireylerin sağlık sigortası sistemi kapsamına alınmasını zorunlu kılmaktadır. Özel sağlık sigortası, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin finansmanını tam olarak karşılayamadığı gibi, toplumdaki tüm bireyler

de özel sigorta şirketlerine sigortalanamazlar (Somers, 1973, s. 127–134). Bu nedenle devlet, özel sağlık sigortası kapsamında bulunmayan vatandaşları, genel sağlık şemsiyesi altına almakla yükümlüdür (Feldstein, 1977, s. 155–178).

1.3.SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ GÖSTERGELER

Sağlık hizmetlerinin özellikle uluslar arası düzeyde bir karşılaştırmasının yapılabilmesi için birtakım göstergeler kullanılmaktadır (Üçdoğruk, 1996, s. 102). Sağlık hizmetlerinin doğrudan yada dolaylı olarak etkilendiği sosyal, ekonomik ve beşeri veriler göz önünde bulundurulmuştur. Buna göre “sağlık hizmetlerinin ekonomik etüdünde kullanılan göstergeler”

- Demografik Göstergeler,
- Ekonomik Göstergeler,
- Hastane Göstergeleri,
- Sağlık İnsan gücü Göstergeleri

Olmak üzere dört ana grup altında toplanabilir (Yeğinboy, 1993, s. 9).

1.3.1.Demografik Göstergeler

Değişen ve gelişen ekonomik şartlara bağlı olarak, ülkelerin nüfus ve yaşam standartları da değişmektedir. Bu doğrultuda, gelişmiş ülkelerde birçok hastalık önlenmesine rağmen, nüfus artışlarını belli bir oranda tutmaya çalışırken, gelişmekte olan ülkeler, nüfus artış hızlarını gelişmiş ülkelerin seviyesine çekmeye çalışmaktadırlar. Çünkü kişi başına gelir ile yaşam standardı arasında yakın ilişki vardır. Kişi başına gelir attıkça, yaşam standardı da artmaktadır. Bu nedenle, ülkeler nüfus göstergelerini belirleyerek sağlık hizmetleri planlaması yapmak, sağlık hizmetlerine olan talebi belirlemek, sağlık harcamalarının nüfus artışı ile uyumunu sağlamak gibi birtakım amaçlara ulaşmaya çalışmaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme, yürütüm ve yeniden düzenlenme aşamalarının uygun bir şekilde planlanmasında en çok başvurulan veri bölgenin demografik özellikleridir. Demografi; hacmi bünyesi ve gelişmesi başta olmak üzere nüfusu, çeşitli yönleri ile inceleyen bir bilim dalıdır (Başol, 1987, 7).

Demografik veriler bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin mevcut durumunda eşit, uygun, istenilen düzeyde sunulup sunulmadığını ve gelecekte demografik değişmelere göre sağlık hizmetlerinin planlanmasına göre sağlık hizmetlerinin planlanmasına katkıda bulunur. Çünkü demografi nüfus ve yaşam olayları ile ilgili konuları kapsar. Bu noktadan hareketle çalışmada demografik göstergeler “nüfus göstergeleri” ve “yaşam göstergeleri” olmak üzere iki grupta incelenmiştir.

Nüfus göstergeleri olarak bir ülkenin; nüfusu, yüzölçümü, nüfus yoğunluğu, nüfusun dağılımı, doğal nüfus artış hızı, nüfusun iki katına katlanması ile ilgili bilgiler ele alınmıştır.

Yaşam göstergeleri olarak bir ülkenin; bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı, kaba doğum oranı, kaba ölüm oranı, genel doğurganlık oranı, beklenen yaşam süresi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir (Yeğinboy, 1993, s. 10).

Demografik göstergelere ait yapılması gereken tahminler ülkelerdeki mevcut eğilimlerin aynı düzeyde süreceği kabul edilerek yapılmıştır. Demografik projeksiyonların belirlenmesinde doğal nüfus artışı, doğum ve ölüm oranları genel doğurganlık oranları temel veriler olarak kabul edilerek yapılmaktadır. Yaşam göstergelerinin belirlenmesinde ölüm ve doğum oranları ile beklenen yaşam süresi temel veriler olarak kabul edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme, yürütüm ve yeniden düzenlenme aşamalarının uygun bir biçimde planlanmasında en çok başvurulan veri bölgenin nüfusu ve nüfusun yapısal özellikleridir. Bu önemli özelliği gereğince nüfusla ilgili inceleme yapılmadan yapılacak hizmet planlamasının başarıya ulaşması mümkün değildir (Sümbüloğlu, 1990, s. 9).

Yaşam göstergelerinin sağlıkla ilgili olarak belirlenme amaçlarını şöyle sıralayabiliriz; ülkedeki halk sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi, ülkedeki mevcut olan ve gelecekteki sağlık ve refah düzeylerinin belirlenmesi, ülkedeki bireylere gerekli beslenme koşulları sağlanarak yaşam süresinin uzatılması, ülkedeki çevre sağlığı koşullarının mevcut durumunun belirlenmesi ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi (Yeğinboy, 1993, s. 15).

Belli başlı yaşam göstergeleri şunlardır:

Bebek Ölüm Oranı: Bir ülkedeki bir yaşına gelmeden ölen bebeklerin bir takvim yılındaki bin canlı doğuma oranlanması ile elde edilen değerdir.

Anne Ölüm Oranı: Bir ülkedeki hamilelik ilişkili olan nedenlerden dolayı ölen annelerin bir takvim yılındaki yüz bin canlı doğuma oranlanması ile elde edilen değerdir.

Kaba Ölüm Oranı: Bir ülkede belli bir yılda canlı ölümler toplamının o ülkedeki toplam yıl ortası nüfusa oranlanması ile elde edilen değerdir.

Kaba Doğum Oranı: Bir ülkede belli bir yılda canlı doğumlar toplamının, o ülkedeki toplam yıl ortası nüfusa oranlanması ile elde edilen değerdir.

Genel Doğurganlık Oranı: Bir ülkedeki 15 ile 49 yaş arasını kapsadığı kabul edilen doğurganlık çağındaki kadınların bir takvim yılındaki bin canlı doğuma oranlanması ile elde edilen değerdir. Diğer bir ifadeyle, bir ülkedeki 15 ile 49 yaş arasındaki kadın nüfusun bin canlı doğumdaki sayısıdır. Ölü doğumlar genellikle genel doğurganlık oranının dışında bırakılır.

Beklenen Yaşam Süresi: Bir ülkede yeni doğmuş bebeklerin doğum tarihinden itibaren geçerli ölüm riskleri değişmediği sürece ortalama olarak kaç yıl yaşanabileceğini gösteren süredir.

1.3.2.Ekonomik Göstergeler

Ülkelerin ekonomik göstergelerinin sonucu olarak, daha güçlü bir ekonomiye sahip olan ülkeler sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırabilmekte ve böylece daha sağlıklı insanlardan oluşan bir topluma sahip olabilmektedirler. Kamu harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı, ülkelerin sağlık hizmetlerine verdiği önemi gösteren bir unsur olarak kabul edilmektedir. Kişi başına milli hasılanın yüksek olması, daha iyi barınma, giyinme ve beslenme imkanı sağlayacaktır.

Bir ülkenin ekonomik refah düzeyinin yükselmesinde toplumun sağlık ve yaşam düzeyinin etkisinin büyük önemi olduğu kabul edilir. Ekonomik göstergeler “genel ekonomik göstergeler”, “hane halkı göstergeleri” ve “devlet bütçesi göstergeleri” olmak üzere üç yönlü ele alınabilir (Yeğinboy, 1993, s. 19).

1.3.3.Hastane Göstergeleri

İkinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu yataklı tedavi kurumları içinde hastaneler en büyük paya sahiptir. Gelişmiş teknolojilerin sağlık sektöründe kullanıldığı en önemli yerler hastanelerdir. Hastane göstergeleri “Hastane Yatağı Dağılım Göstergeleri” ve “Hastane Yatağı Kullanım Göstergeleri” olmak üzere iki yönlü olarak ele alınmıştır.

Hastaneye ileri teknoloji kabulünün maliyetlerdeki sebep olduğu artışın, onun kazandırdığı getiriden az veya fazla olduğunu belirleyebilmek için etkili bir fayda-maliyet analizine ihtiyaç vardır. Bunun sağlıklı bir biçimde yapılabilmesi de hastane verilerinin sistematik ve sağlıklı olmasına bağlıdır.

1.3.4.Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında hastanelerle birlikte en önemli unsurlardan birisi de sağlık sektöründe çalışanlardır. Bugün gelişmiş ülkelerdeki sağlık insan gücünün, gelişmekte olan ülkelere çok daha iyi olduğu bilinen bir gerçektir (Karabulut, 1998, s. 45).

Sonuç olarak; bir ülkede nüfusun kalitesini yükseltmeye yönelik harcamalar insan sermayesine yapılan yatırımlardır. Bunlar eğitime, işbaşında yetiştirmeye, sağlığa, bilgiye, göçe ve benzerlerine yapılan harcamalardır (Varlier, 1982, s.501).

Sağlık insan gücü göstergeleri, “toplam sağlık insan gücü göstergeleri” ve “sağlık insan gücü dağılım göstergeleri” şeklinde iki yönlü olarak ele alınabilir.

Tablo 1.1 Sağlık Hizmetleri İle İlgili Göstergeler

DEMOGRAFİK GÖSTERGELER	NÜFUS GÖSTERGELERİ	NÜFUS
		YÜZÖLÇÜMÜ
		NÜFUS YOĞUNLUĞU
		NÜFUS DAĞILIMI
		NÜFUS ARTIŞ HIZI
	YAŞAM GÖSTERGELERİ	BEBEK ÖLÜM ORANI
		ANNE ÖLÜM ORANI
		KABA DOĞUM ORANI
		KABA ÖLÜM ORANI
		GENEL DOĞURGANLIK ORANI
BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ		
EKONOMİK GÖSTERGELER	GENEL EKONOMİK GÖSTERGELER	
	HANE HALKI GÖSTERGELERİ	
	DEVLET BÜTÇESİ GÖSTERGELERİ	
HASTANE GÖSTERGELERİ	HASTANE YATAĞI DAĞILIM GÖSTERGELERİ	
	HASTANE YATAĞI KULLANIM GÖSTERGELERİ	
SAĞLIK İNSAN GÜCÜ GÖSTERGELERİ	TOPLAM SAĞLIK İNSAN GÜCÜ GÖSTERGELERİ	
	SAĞLIK İNSAN GÜCÜ DAĞILIM GÖSTERGELERİ	

1.4.SAĞLIK EKONOMİSİ

WHO (World Health Organization), genel kurul toplantısında sağlık politikasının hedefini 2000 yılına kadar dünyada herkese sağlık hizmeti sunulması olarak benimsemiştir (WHO,1994: 11–12). Bu hedefe ulaşmak için mali kaynakların etkin kullanımını sağlayacak bir sağlık planı hazırlanmıştır. Sağlık planlamasında amaç; sağlık politikalarına uygun finansal mekanizmaların geliştirilmesidir. WHO uzmanlar grubunun konuya finansal ve sosyo-ekonomik yaklaşımı, sağlık alanına yeni bir bakış açısı getirmiştir. O zamana kadar taşıdığı özellikler nedeniyle, tıp bilimi kapsamına bırakılan sağlık sektörü, ekonomide giderek en fazla kaynak kullanan sektör konumuna gelmesi sonucunda, etkin kullanım sorunu önem kazanmış ve konunun ekonomi bilimi kapsamında incelenmesi gereği ortaya çıkmıştır (Tokgöz, 1978, s. 31). Böylece daha önceleri sadece belli kurumların tekelinde bulunan sağlık hizmetleri, disiplinler arası bir yaklaşımla ele alınmaya başlanmıştır.

1965’li yıllara kadar sağlık hizmetleri ekonomi bilimi içinde en çok ihmal edilen konuların başında gelmekteydi (Reinhardt, 1989, s. 337). Ancak sağlık ekonomisinin, ekonomi biliminin alt dalı haline gelmesi ve ekonomistlerin konuya eğilmeleri 1970’lerden sonradır (Franzel ve McCread, 1979, s.269). Ekonomistlerin Sağlık Ekonomisi alanına eğilmelerinin başlıca üç nedeni vardır.

- Sağlık hizmetleri finansmanının önem kazanması,
- Sağlık harcamalarının hızla artması ve sağlık sektörünün ekonomide en çok kaynak kullanan sektör konumuna gelmesi,
- Sağlık sektörünün GSMH içindeki payının hızla büyümesi

ABD özellikle, II. Dünya Savaşından sonra, GSMH ve sağlık harcamalarının büyük boyutlara ulaşmasına rağmen, bu artışın ülkenin sağlık düzeyini yansıtan, ortalama hayat beklentisi ve ölüm oranları üzerinde iyileştirici etkiler yaratmaması, ABD’li bilim adamlarının konuyla ilgili çalışmalar yapmaya yönelmesini sağlamıştır. Sağlık hizmetlerine büyük oranda kaynak tahsisine rağmen, sağlık göstergelerinin iyileşmemesi, konunun etkin kullanım sorunundan kaynaklandığını ortaya koymuş ve sağlık hizmetleri planlamasının gerekliliği anlaşılmıştır.

Sağlık hizmetlerine yönelen yoğun talep, sağlık harcamalarının hızla artmasına yol açarak, harcamaların finansmanında tıkanıklıklara neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin büyük oranının özel sağlık sigortası kapsamında yürütüldüğü batı ekonomilerinde de sağlık hizmetlerinin finansmanı önemli bir sorun olarak ortaya çıkmıştır (Schnitzer ve Chen, 1972,s. 391–444).

Sağlık sektörü analizleri, sağlık hizmetlerinin sıfır fiyatla arzının rasyonel bir çözüm olmadığını göstermiştir. Sağlık hizmetlerinin sıfır fiyatla arzı, bir süre sonra devlet bütçesi

üzerinde ağır bir yük getirmiş ve böylece konu ekonomistlerin daha çok ilgisini çekmeye neden olmuştur.

Sağlık ekonomisinin önem kazanması, geleneksel tedavi hizmeti anlayışının ortadan kalkarak, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önem kazanmasına neden olmuştur. Böylece hastalığa yakalanma riskini yükselten etmenler başlangıçta yok edilerek, gelecekteki sağlık harcamalarından tasarruf sağlanması amaçlanmıştır. Çünkü sağlık hizmetlerine aktarılan kaynakların miktarı, sağlık göstergelerinin düzelmesinde tek başına yeterli olmamaktadır.

Sağlık ekonomisinin gelişmesinin diğer bir nedeni de, sağlık hizmetlerinin içerdiği yoğun dışsallıklardır. Sağlık hizmetlerinin dışsallık yaratıcı özelliği, sağlık hizmetleri arzının tamamen piyasa mekanizmasına bırakılmasını engeller ve kamusal arzı gerekli kılar. Sağlık hizmetlerinin dışsallık yaratıcı özelliği, koruyucu sağlık hizmetlerinin hizmet bazında sosyalizasyonunu gerekli kılar. Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu, ülkelerin sağlık planı amaçlarına ve ortak değer yargılarına bağlıdır.

1.4.1.Pozitif Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisinde yer alan kamusal ve özel karar alıcılar, rasyonel bir sağlık politikası oluşturabilmek için, sistemde yer alan aktörlerin davranışları hakkında sayısal verilere ihtiyaç duyarlar. Sağlık hizmetleri piyasasında yer alan aktörlerin davranışlarını inceleyerek, sağlık hizmetleri arz-talebini etkileyen faktörlerin bulunması ve sağlık hizmetleri arz ve talebindeki belirsizlik unsurunun azaltılması, pozitif sağlık ekonomisinin görevidir (Cushman ve Beyrer, 1965, s. 1).

Ancak konu insan davranışları olunca, pozitif sağlık ekonomisinin her zaman hatalı sonuçlar vermesi mümkündür. Çünkü sağlık hizmetleri piyasasını etkileyen faktörlerin çoğu, sosyo-psikolojik ve insan hayatının değerine ilişkin değer yargılarına dayalıdır. Değer yargılarının yönettiği konularda, pozitif analizlerin yapılması son derece güçtür.

Sağlık hizmetleri talebinin bulunması, talebi etkileyen unsurların açıklanması ve her birinin sağlık hizmetleri talebi üzerindeki etkisinin ortaya konması pozitif sağlık ekonomisinin başlıca amacıdır. Bu amaçla pozitif sağlık ekonomisi, sağlık sektörü aktörlerinin davranışların inceler ve sağlık hizmetleri talebi üzerindeki etkisini sayısal olarak ortaya koymaya çalışır (Rice, 1984, s. 30).

Sağlık hizmetleri arzının, sağlık hizmetleri talebindeki artışı massedecek şekilde planlanması ve sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi, pozitif yaklaşımın kapsamındadır (Pauly, 1988, s.229).

4.1.2. Normatif Sağlık Ekonomisi

Pokorny'e göre sağlık hizmetleri, toplumun tüm bireyelerine aynı miktarda ve aynı kalitede sunulması gereken, kamusal bir maldır (Pokorny, 1988, s. 3). Bu nedenle sağlık hizmetleri arzı tamamen özel sektöre devredilemez; kamusal planlama zorunludur. Sağlık hizmetleri arzının planlanmasında başlıca üç husus dikkate alınmalıdır.

— Planlama yardımıyla sağlık hizmetleri kapasitesi, talebe göre ayarlanmalıdır.

— Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların, politik etkilerden uzak, optimal dağılımı sağlanmalıdır.

— Doğrudan fiyat kontrolü yardımıyla, sektörde tekelleşme eğilimleri kırılmalıdır.

Sağlık hizmetleri arzının planlanmasında, karar alıcıların amaçlarını açıkça ortaya koymaları son derece önemlidir. Sağlık hizmetleri planlamasında amaçlar çok farklı olabilir. Ancak her sağlık planlamasının taşıması gereken ortak özellikler şunlardır:

— Sağlık harcamalarının, hasta birey dışında, sağlık sigortasınca karşılanan kısmı artırılmalıdır (Newhouse, 1988, s. 265).

— Sağlık personeline daha fazla klinik özgürlük tanınmalıdır.

— Sağlık personelinin tedavi hizmetlerinden en düşük maliyetli ve en etkin yöntemi seçmeleri sağlanmalıdır.

— Özel sağlık kurumlarının kurulmasını teşvik edecek rekabet ortamı sağlanmalı ve gerekli yasal değişiklikler yapılmalıdır.

Bu amaçla sağlık sektörüne aktarılacak kaynakların verimli kullanılması, sağlık harcamalarının GSMH içindeki ideal payının ne olması gerektiği, sağlık hizmetlerinin tüm toplum bireyelerine eşit ve aynı kalitede sunulması için optimal finansman biçiminin ortaya konması, normatif sağlık ekonomisinin kapsamına girer. Diğer bir deyişle, normatif sağlık ekonomisi, optimal kaynak kullanımı ile ilgilendir.

1.5. SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASI

Sağlık kuruluşları; yeni yatırım kararı alma sürecinde öncelikle piyasanın yapısını ve piyasadaki olası talebi bilmelidir. Çünkü yatırım kararı veya yapılacak yatırımın büyüklüğü mevcut ya da olası talebe göre belirlenir.

Sağlık hizmetleri açısından yeni yatırım kararları alma sürecinde, piyasa araştırması oldukça önemlidir. Çünkü sağlık kurumları sunacakları hizmetin özelliklerini ve kimlere, ne miktarda sunacaklarını önceden belirler ise yatırım yaptıktan sonra karşılaşılabilecekleri problemlerin önemli bir bölümünü ortadan kaldırmış olacaklardır. Talebin yeterli olmadığı alana yatırım yapıp, üretilen hizmetin satılamaması sağlık kuruluşlarının atıl kapasite ile çalışmasını ortaya çıkaracaktır. Devlet açısından ortaya çıkabilecek olumsuzluk ise arz fazlası

olana yatırım yapılması, zaten devletin elinde k t olan sermayenin gereksiz bir alana tahsis edilmesidir.

1.5.1 Sağlık Hizmetleri Piyasasının  zellikleri

Sağlık hizmetleri piyasasının yapı ve işleyişi yönünden diğer mal ve hizmet piyasaları ile arasında büyük farklılıklar vardır. Bu piyasada hastalıklara karşı veya hastalandığında iyileşme amacıyla kişinin kendi eğilimine ve ihtiyaına göre bağımsız olarak mal ve hizmet satın alma özgürlüğü sınırlıdır. Hekim hasta için yararlı olacak mal ve hizmet çeşitlerini kararlaştırırken maliyet, fiyat, gelir gibi ekonomik ögelere değil, tıp biliminin olanaklarını ve kullanılabilir araçlarını dikkate almaktadır. Hekimler hastalarını muayene ederken hastalarının mali olanaklarına bakmazlar. Bu piyasada tüketiciler (hastalar) vazgeçme, pazarlık etme, erteleme ve ikame etme gibi özgürlüklere sahip değildirler. Burada hasta hekime tam olarak bağımlıdır. Oysa diğer piyasalarda her türlü reklam ve tanıtıma karşın alıcının bağımlılığı sınırlıdır (Smith, 1993, S.9). Sağlığın bir başka özelliği ise onun pazarda alınır satılır ticari bir mal olmamasıdır. Sağlığın sadece kullanım değeri vardır.

Sağlık hizmetleri piyasasında kişi yararı yanında, toplumsal yarar ölçütü de “Sosyal Devlet” görüşü ile birlikte önem kazanmıştır. Sağlıklarını koruyan kişiler topluma dış yararlar sağlarlar. Bu dışsal faydalar özellikle salgın hastalıklardan korunmak için gösterilen çaba ve bunun gerçekleştirdiği harcamalarda somutlaşmaktadır. Hasta kişilere sunulan sağlık hizmeti sayesinde, çevrenin maruz kalabileceği bulaşma riski  nlenererek, bir potansiyel eksi-fayda da önlenmiş olur. Çağdaş toplumlarda, kişinin gelirine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanması kişinin yaşama hakkı bir parçası sayılmaktadır.

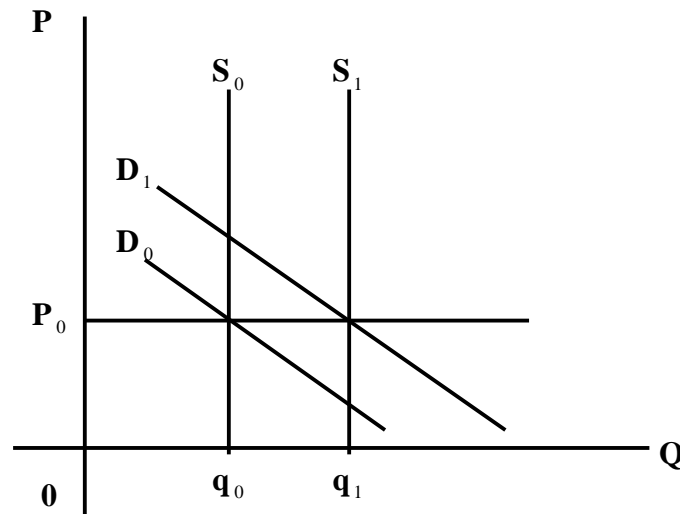
1.5.2. Sağlık Hizmetleri Arzı

İktisadi anlamda arz firmaların belli bir anda, belli bir piyasada veri fiyattan satmaya razı oldukları mal miktarı olarak tanımlanır. Rekabetçi yaklaşımla arz, bir malı üretmede kullanılan faktörleri alternatif alanlarda kullanılması halinde elde edilecek kazancın karşılaştırılması ile bulunur. Ancak, sağlık hizmetleri arzının kendine has özellikleri vardır. Her Şeyden önce sağlık hizmetleri arzı sağlık personeli sayısı ve sağlık birimleri hizmet kapasiteleri ile sınırlı ve kısa dönemde genellikle sabittir. Bu nedenle sağlık hizmetleri arz eğrisi kısa dönemde düşey bir eğridir. Uzun dönemde, sağlık hizmetleri kapasitesinin artması ile sağlık hizmetleri sağa doğru kayar.

Klasik iktisadi yaklaşımın, “ Her arz kendi talebini yaratır.” Şeklinde ifade edilen Say Yasası, sağlık hizmetleri piyasasında tüm sağlık ekonomistleri tarafından genel kabul g rmuşt r (Serin ve akıcı, 1990, S. 18). Daha açık bir ifade ile sağlık sektöründe yeni

kapasiteler yaratıldıkça, bu kapasiteler hastalar tarafından doldurulacaktır. Şekil (1.1) bu durumu göstermektedir. t_0 Döneminde, sağlık hizmetleri arzı S_0 ve sağlık hizmetleri D_0 olsun. Bu durumda sağlık hizmetleri talebi Q_0 ve birim yatak maliyeti P_0 olacaktır. t_1 Döneminde sağlık hizmetleri arzı S_1 olacak şekilde artarsa, her arz kendi talebini yaratır, kuramının işlemleri ile yeni kapasiteler hastalar tarafından kullanılacak ve sonuçta sağlık hizmetleri talebi D_1 olacak şekilde sağa kayacaktır. Sağlık hizmetleri arz ve talebinin birlikte artması sonucunda, birim yatak fiyatı sabit kalırken yeni kapasiteler hastalar tarafından işgal edilecektir.

Sağlık hizmetleri arzının temel göstergeleri, sağlık personeli sayısı ve sağlık kurumları hizmet kapasitesidir (Tokat ve Kısaer, 1991, S. 17). Bu unsurlar sağlık hizmeti girdileridir. Bu nedenle sağlık hizmetleri arzı, girdi arzları ve bu arzı etkileyen faktörler incelenerek açıklanacaktır. Sağlık hizmetleri arzı tespit edilirken ayrıca, hasta günü bin kişi başına hastaneye yatan hasta sayısı ortalama yatış süresi gibi unsurlarında dikkate alınması gerekmektedir.



Şekil (1.1)

Kısa Dönemde Sağlık Hizmetleri Arzı

1.5.2.1. Sağlık Personeli Arzı

Sağlık hizmetleri arzının ilk unsuru, sağlık personeli arzıdır (Grossman, 1982, s.191–192). Sağlık personeli arzının kaynağı sağlık eğitimi veren okullardır. Dolayısıyla sağlık personeli arzı, sağlık personeli arzı, sağlık eğitimi veren okulların kapasiteleriyle sınırlıdır (Hornoby ve Roy 1980, s. 95).

Kısa dönemde bu okulların kapasitesi sabit olduğu için, sağlık personeli arzı, kısa dönemde inelastiktir. Bu nedenle kısa dönemde sağlık personeli talebindeki artış, ücretleri yükseltir (Leftwich ve Sharp, 1974, s. 167).

Uzun dönemde, sağlık personeli yetiştiren okulların kapasitelerinin arttırılması mümkün olduğu için, sağlık personeli arzı nispeten daha elastiktir ve sağlık personeli talebindeki bir artış, ücretleri yükseltmeden, arz artışı ile karşılanabilir (Leftwich ve Sharp, 1974, s. 167).

Ayrıca sağlık personeli arzı, sektördeki ücret seviyesi ile yakından ilgilidir ((Leftwich ve Sharp, 1974, s. 167).

1.5.2.2.Hastane Hizmet Kapasitesi

Sağlık hizmetleri arzının ikinci unsuru, sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmet kapasitesidir.

Sağlık hizmetleri kapasitesi kısa dönemde sabittir. Kısa dönemde sağlık hizmetleri arz eğrisi, sol aşağıdan sağ yukarıya doğru artan, pozitif eğimli bir eğridir (Klarman, 1970, s.105). Veri teknoloji ve gelir seviyesinde, hastane hizmet kapasitesinin, değişken girdi olarak giderek daha fazla sağlık personeli tarafından kullanılması, iktisadi bir birim olan hastanelerde, azalan verimler kanunun ortaya çıkmasına neden olarak, hizmet çıktı düzeyini azaltıp, maliyetleri yükseltecektir (Weisbroad, 1991, s.523–552). Dahası kısa dönemde, giderek artan oranda değişken girdi kullanılması, hastanelerde yönetim etkinliğinin kaybolmasına yol açabilir (Klarman, 1970, s.107).

Uzun dönemde, hizmet kapasitesi artışı ve teknolojik değişim mümkün olduğu için uzun dönem arz eğrisi kısa dönem arz eğrisinden farklıdır (Leftwich ve Sharp, 1974, s.169). Yeni kapasitelerin yaratılması ve teknolojik değişmeler, kısa dönem arz eğrisinin, tamamen sağa doğru kaymasına neden olur.

1.5.2.3. Sağlık Hizmetleri Arzında Etkinlik

Sağlık hizmetleri arzında etkinlik, klinik etkinlik ve ekonomik etkinlik olmak üzere iki başlık altında incelenebilir (Maynard ve Anne, 1980, s. 28–30).

1.5.2.3.1. Klinik Etkinlik

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde kullanılan tıbbi yöntemin etkin olması anlamındadır. Herhangi bir koruyucu veya tedavi edici hekimlik tedbirinin etkinliği, doktorların uygulanan tıbbi prosedür konusunda fikir birliğine varmasına bağlıdır. Ancak, bir hastalığın tedavisinde, en etkin tıbbi yöntem hususunda, tıp otoriteleri arasında, önemli fikir ayrılıkları olduğu için, klinik etkinliğe ulaşması zordur.

1.5.2.3.2. Ekonomik Etkinlik

Tıbbi hedefe ulaşmak kaydıyla, uygulanan koruma veya tedavi yönteminin, en düşük maliyetli yöntem olmasıdır. Doktorların klinik özgürlük hakkı olarak adlandırılan, hastası için uygun bulduğu tıbbi prosedürü izleme serbestisi, doktorların düşük maliyet ilkesini genellikle ihmal etmelerine yol açmaktadır.

Klinik ve ekonomik etkinliğin çoğu kez çatışması, sağlık hizmetlerinde tesadüfi denetim yöntemlerinin kullanılmasına yol açmaktadır. Ancak bazı sağlık hizmetleri faydalarının, maliyetleri ile karşılaştırılması, ekonomik etkinliğe ulaşılmasında yardımcı olacağı da bir gerçektir.

1.5.2.4. Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Unsurlar

Sağlık hizmetleri arzını etkileyen unsurları üç başlık altında incelemek mümkündür.

1. Teknoloji; Teknolojik yatırımlar, bir yandan sağlık hizmetleri arzını artırırken, diğer yandan da sağlık hizmetleri kalitesini yükseltir. Yeni teknolojiler, sağlık hizmetleri arzını kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki yönlü artırır. Ancak yeni ve kompleks teknolojilerin kullanılması sağlık hizmetleri maliyetini yükseltir. Tıbbi teknolojilerin geliştirilmesi, araştırma-geliştirme faaliyetlerine aktarılan kaynakların büyüklüğü ile yakından ilişkilidir.

2. Ücretler ve Diğer Girdi Fiyatları: Gerek sağlık sektöründe çalışan personelin uzman eleman olması ve gerekse diğer girdilerin yüksek maliyetli olması, sağlık hizmetleri arzının artan maliyet koşulları altında yapılmasına neden olmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde yüksek ücret ve pahalı girdilerin, hizmet kalitesini yükselteceği varsayılmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri arz eğrisi, fiyat artışına paralel olarak yükselen, normal bir arz eğrisidir.

3. Sağlık Sektörü Yatırımları; yeni hastanelerin inşa edilmesi, mevcut sağlık birimlerinin hizmet kapasitelerinin artırılması ve yeni teçhizatların alınması şeklindeki yatırımlar, sağlık hizmetleri arzını artırır. Artan sağlık hizmetleri arzı, sağlık hizmetleri alanında mevcut talebi karşılayacak yatırımların yapılmasını kaçınılmaz kılmaktadır.

1.5.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Optimal Arzı

Gerek koruyucu ve gerekse tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmetten yararlanan bireye sağladığı özel faydalar yanında, çok önemli toplumsal faydalar da yaratır. Hasta bir kişinin tedavi edilmesi, özellikle bulaşıcı hastalıklarda, hastalığın toplumun diğer bireylerine bulaşma ihtimalini azaltmak suretiyle, yoğun dışsal faydalar yaratır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin optimal arzı analizinde, hasta bireyin sağladığı özel faydalar yanında, toplumsal faydaların da dikkate alınması gerekmektedir.

Sağlık hizmetini talep eden bireyin, bu hizmet tüketiminden sağladığı özel faydayı B_1 ile ve sağlık hizmetinin yarattığı toplumsal faydayı da $\sum E_1$ ile gösterelim. Sağlık hizmeti optimal arzı, toplumun her bir üyesinin aldığı sağlık hizmeti marjinal maliyetini, hizmetin özel ve toplumsal faydalar toplamına eşitleyen miktardır (Bulutoğlu, 1981, s. 287).

$$B_1 + \sum_{i=1}^n E_1 = B_2 + \sum_{i=1}^n E_1 = B_3 + \sum_{i=1}^n E_1 = \dots = B_n + \sum_{i=1}^n E_1 = MC$$

1.5.3. Sağlık Hizmetleri Talebi

Talep satın alma gücü ile desteklenen satın alma isteği olarak tanımlanır. Böyle bir tanımın, sağlık hizmetleri için kullanılması uygun değildir. Çünkü sağlık hizmetleri önemli ölçüde sosyalleştirilmiş olup, genel sağlık sigortası uygulaması ile ya da yeşil kart sahibi olmak koşulu ile bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini, satın alma gücü olmasa dahi, talep etmesi mümkün kılınmıştır. Günümüz refah devleti anlayışı, sağlık hizmetlerini, temel bireysel hak olarak görmektedir, Bu nedenle hasta bireyler gelir düzeylerinden bağımsız olarak sağlık hizmetleri talep etme hakkına sahiptir (Leftwich ve Sharp, 1974, s.160; Somers 1973, s. 126–127).

İnsanlar günlük hayatlarını devam ettirebilmek amacıyla sağlık hizmetlerini talep ederler. İnsanlar hayatlarından zevk almalarını önleyecek ve daha önce yapabildikleri etkinlikleri yapamayacak bir durumla karşı karşıya kaldıkları zaman, tedaviye ihtiyaç duyacaklar ve sağlık hizmeti aramaya yöneleceklerdir. Bu tür ihtiyaca, kişinin kendisi tarafından fark edildiği için “Hissedilen İhtiyaç” denir (Mills ve Gilson, 1988, s.7). Tabi ki, bütün insanlar aynı şekilde davranış göstermezler. Böyle bir durumda kişinin algılayışı etkili olmaktadır. Toplum içindeki konum, meslek, yaş, cinsiyet gibi etkenler kişinin, ihtiyacının farkına varmasında rol oynamaktadır. Buna ilave olarak bu kişisel değerlendirmeleri sağlık hizmetine ulaşabilirlik, hizmetlerin elde edilebilirliği ve kişinin sağlık hizmetlerinin kalitesi hakkındaki görüşü de etkilemektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanma, genellikle bireylerin şahsi gayretlerine bağlıdır. Bu nedenle bireyler, bu tür sağlık hizmetlerine ilişkin taleplerini açıklarlar. Oysa koruyucu sağlık hizmetleri, bireysel talebin ortaya çıkması beklenmeden, doğrudan kamu sektöründe sunulmaktadır.

Sağlık hizmetleri talep eden bilinçli bir tüketicinin amacı, hastalanmasını önlemek veya hastalandığında en kısa zamanda iyileşerek yaşam süresini uzatmaktır. Kişi sağlık hizmetlerini doğal ihtiyaçlarını karşılamak içinde talep eder.

Sağlık hizmetleri piyasasındaki talep, klasik mallardaki gibi düzenli ve kesikli olmaktan çok uzaktır. Hizmete talep ancak hastalık halinde (kesikli olarak) ortaya çıkar. İnsanların ne

zaman, hangi düzeyde hastalanacağını önceden kestirme olanağı yoktur (Mortan ve Tokgöz, 1984, s. 11). Koruyucu sağlık hizmetleri dışında sağlık hizmetleri, sadece hastalık durumunda talep edilir. Bu nedenle bireyler, bütçelerinde sağlık harcamaları için genellikle bir pay ayırmazlar. Sağlık sorunu ortaya çıktığı zaman gerekli masraflar, ya geçmiş tasarruflardan ya da diğer harcama kalemlerinden yapılan kısıntılarla karşılanır. Elbette bireysel sağlık sigortası yaptırmış bir birey için, sağlık talebine ilişkin bir masraf bütçede öngörölmüş demektir. Bireysel gelirden özel veya genel sağlık sigortası için ayrılan pay, genellikle yüksek maliyetli sağlık hizmetleri talebi için, bireye garanti sağlayacaktır.

Sağlık hizmetleri talebi, fiyat değişmelerine karşı duyarlı değildir. Sağlık hizmetleri fiyatındaki düşüş talebi çok fazla artırmayacağı gibi, fiyatın yükselmesi de sağlık hizmetleri talebini fazlaca düşürmez. Daha teknik bir deyişle, sağlık hizmetleri talebi fiyat elastikiyeti düşüktür (Klarman, 1970, s. 24–25). Fiyatların yükselmesi ile hizmete olan talebin azalması, fiyatların düşmesi ile talebin artması gibi piyasaya özgü işleyiş sağlık hizmetlerinin doğasına uygun düşmemektedir (Yıldız, 1996, s. 84).

Piyasada mevcut toplam sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesinde, genellikle ya hasta sayısı ya da hasta gün sayısı kullanılmaktadır. Uygulamada her iki göstergenin kullanılma zorunluluğu vardır. Fakat yinede sağlık hizmetleri talebini yüzeysel demografik değerlendirmelerle belirleyebilmek zordur. Çünkü piyasada, geliri olup hastalığını bilmeyenlerin oluşturduğu potansiyel bir talep mevcuttur (Mortan ve Tokgöz, 1984, s.11).

Sağlık hizmetleri talebi, ülkenin ihtiyaç duyduğu sağlık personeli sayısı ve hizmet arzının planlanmasında son derece önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin planlanmasında, sağlık hizmetleri talep tespiti ilk aşamayı oluşturmaktadır. Belli bir dönemde sağlık hizmetleri talebinin olduğundan yüksek tahmin edilmesi, optimal kaynak dağılımını bozarak, kaynak israfına yol açar. Ancak sağlık hizmetleri talebi, gelirdeki artıştan daha hızlı arttığından, genellikle sağlık kurumları, başlangıçta büyük kapasite ile kurulur. Asıl sorun, sağlık hizmetleri talebinin kurulu kapasitenin altında tespit edilmesi halinde ortaya çıkar. Sağlık personeli, yatak veya hizmet kapasitesinin, talep karşısında yetersiz kalması, sağlık hizmetlerinde kuyrukların oluşması, sektörde kaynak israfına ve hizmet kalitesinin düşmesine yol açar. Eğer talebe uygun bir arz planlaması yapılabilirse kaynak ve hasta zamanının israf edilmesi önlenebilecektir. Kuşkusuz ülkede izlenen sosyal politikaya, gelir dağılımının ne kadar iyi olduğuna, koruyucu sağlık hizmetlerinin genişliğine göre talebin ne yönde gelişeceği tahmin edilebilmektedir (Serin ve Çakıcı, 1990, s.13–15).

1.5.3.1. Sağlık Hizmeti Talebini Etkileyen Faktörler

İktisadi literatürde herhangi bir mal veya hizmetin talebi, ilgili malın fiyatı, rakip malların fiyatı, gelir, nüfus ve tüketici zevk-tercihlerine bağlı olarak değişmektedir. Sağlık hizmetleri talebi finansman biçimi, gelir düzeyi gibi ekonomik faktörler yanında, ülkenin eğitim düzeyi gibi sosyo-kültürel ve sosyo-psikolojik yapısına göre değişir(Kelly ve Schieber, 1971, s. 28–43).

a) Bölgenin Genişliği ve Coğrafi Yapısı; Bölgenin coğrafi yapısı gerek bölgesel hastalıkların oluşumunu, gerekse hastalıkların sağlık kuruluşlarına ulaşımını etkilemektedir. Coğrafik yapı talep üzerinde etkili olmaktadır. Sağlık merkezinin uzak veya yakın oluşu yanında ulaşım faktörleri de potansiyel talebin gerçek talebe dönüşümünü etkilemektedir.

b) Nüfus Yapısı; Sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörlerin başında bölgenin nüfusu gelmektedir. Nüfus artış hızı, nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı, iç ve dış göç hareketleri talebi etkileyen unsurlardandır.

c) Demografik ve Epidemiyolojik Özellikler; Bölgenin hastalık yapısı, kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı, genel doğurganlık hızı, kaba doğum hızı, beklenen yaşam süresi gibi demografik özellikler talebi etkilemektedir.

d) Sosyal Güvenlik Kapsamı Altındaki Nüfus; Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarına olan talebin büyük bir bölümünü sosyal güvencesi olanlar oluşturmaktadır. Sağlık açısından sigorta kapsamındaki nüfusta meydana gelecek artışlar sağlık hizmetlerine olan talebi de arttıracaktır. Sigorta kapsamında olan bir kişi için sağlık hizmetinin fiyatı sıfır olacağından, bu durum kişiyi daha çok sağlık hizmeti tüketmeye yöneltecektir.

e) Gelir Düzeyi; Diğer mal ve hizmetler kadar olmasa da talebin gelir esnekliği, özellikle dış sağlığı, check-up ve plastik cerrahi hizmetlerinde kısmen esnektir. Gelir düzeyinde meydana gelecek artışlar sağlık hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır. Kişi başına düşen milli gelir düzeyindeki değişmeler; sağlık hizmetleri talep eğrisinin sağa ve sola kaymasına neden olur. Sağlık hizmetleri talebinin gelir esnekliği birden büyüktür. Yani bireysel gelirlerdeki bir birim artış, sağlık hizmetlerine olan talebi, bir birimden daha çok arttırmaktadır.

f) Hastalıklara Karşı Tutum ve Davranışlar; Kişilerin sağlığa bakış açıları önemli bir faktördür. Çünkü bazıları ancak ileri hastalık durumunda sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kişilerin en küçük bir rahatsızlık halinde kontrol için sağlık kuruluşuna başvurulurken, gelişmekte olan ülkelerde bazen acil durumlarda dahi sağlık kuruluşuna başvurulmadığı görülmektedir. Ayrıca yaşam koşulları, sigara ve alkol kullanma alışkanlığı gibi zararlı alışkanlıklar da sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemektedir.

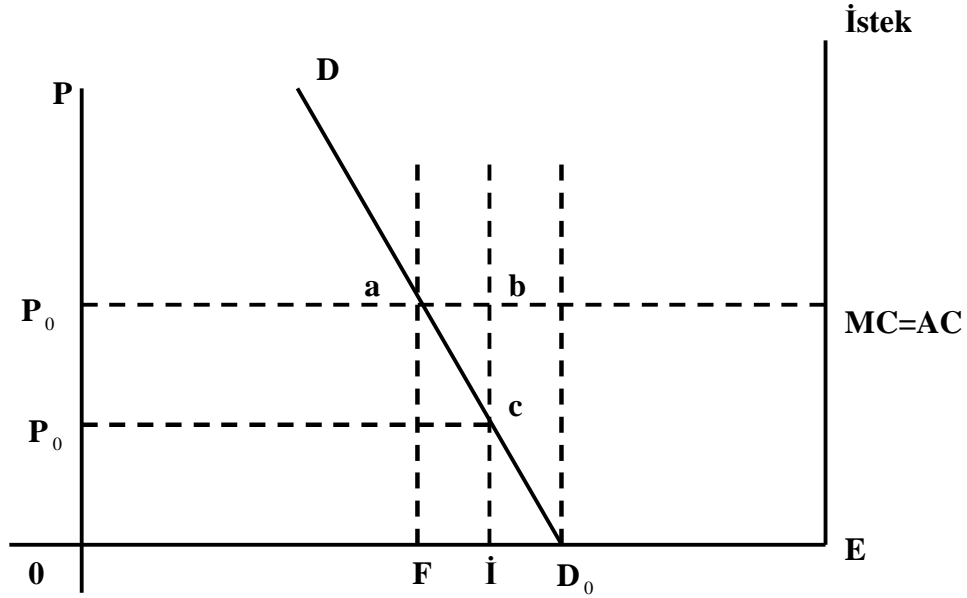
g) Eğitim ve Öğretim Düzeyi; Eğitilmiş insanların sağlığa verdiği önem ve hastalığı algılamaları daha farklı olduğundan hastaneleri kullanma sıklığı daha fazladır.

h) Yatak, Hekim Arzı ve Tıbbi Hizmetin Niteliği; Sağlık kurumları kuruldukları yerde talep oluşturmaktadır. Hekimin karar verme gücü, talebi belirler. (arzın meydana getirdiği talep). Bu sebeple, talep aynı zamanda arz faktörleri tarafından etkilenmektedir (Maynard, 1979, s.121–133). Ayrıca talep üzerinde hizmetin niteliği de etkili olmaktadır.

ı) Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi; Sağlık hizmetlerinin sevk zincirine bağlandığı durumlarda hastanelere olan talep de etkilenmektedir. Özellikle sosyal güvencesi olan hastaların kurumları dışındaki herhangi bir sağlık kuruluşunu tercihleri sınırlı olmaktadır. Sağlık talebini ulusal ekonomi düzeyinde, bütün boyutları ile düzenleme ‘ sosyal devlet’ in gereği sayılmaktadır. Devlet doğrudan talep oluşturan olduğu gibi talebin oluşturulmasına yardımcı da olabilmektedir.

i) Sağlık hizmetlerinin Finansman şekli; Sağlık hizmetlerinin sıfır fiyatla arzı, talebi aşırı arttıracığı için hemen her ülkede, bireylerin sağlık harcamalarına katılımı sağlanmıştır (Wilensky, 1982, s.202–207). Ancak bireyler, sağlık hizmetleri maliyetinin tamamını doğrudan kendileri ödemezler. Bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin niteliği ve miktarı doktor tarafından tespit edilir. Hasta kendisine tavsiye edilecek tedavi hizmeti paketini kabullenmek durumundadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri talep eğrisi, elastikiyeti düşük ve nispeten dik bir eğridir (Grossman, 1972, s. 130).

Şekil (1.2)’de, herhangi bir tedavi hizmeti maliyetinin, tüm bireyler için aynı olduğu varsayıldığından, marjinal maliyet eğrisi (MC) yatay eksene paralel ve ortalama maliyet eğrisiyle (AC) çakışık çizilmiştir. Fiilen karşılanan Talep düzeyi, talep dorusuyla, marjinal maliyet eğrisinin kesiştiği OF düzeyi olsun. Sağlık hizmetleri talebi $O\bar{I}$ düzeyine çıkarsa, bu düzeyde maliyet artışı (Fabl alanı), arzu edilen ödeme cinsinden yararından (Fac alanı), abc alanı kadar daha büyüktür. Ancak sağlık hizmetlerinin sıfır fiyatla arz edilmesi durumunda talep, $0D_0$ düzeyine çıkacaktır. Bireysel tüketime konu olan malların sıfır fiyatla arzı, pareto-optimal kaynak dağılımını bozar (Akalin,1986, s. 274). Talep artışını önlemek için sigorta kurumları, tedavi harcamalarından, ilaç masraflarının %10’unun hasta tarafından ödenmesi örneğinde olduğu gibi, belirli bir indirim yaparak ödeme yoluna giderler (Bulutoğlu, 1981, s. 296). Talebi nispeten esnek olan ve hayati önem taşımayan bazı tedavi hizmetlerinde (gözlük, diş tedavisi gibi), talebin düşük fayda yaratan kısmını azaltmak için, sigorta kurumları sabit indirim metodunu kullanırlar. Bu uygulama ile sigortalı, tedavi hizmetini faydanın hissesine düşen bedele eşit olduğu noktaya kadar ($10 \times MC$), talep ederek, talebini $0D_0$ ’dan $O\bar{I}$ düzeyine çekecektir.



Şekil (1.2)

Sağlık Hizmetleri Talebi

k) Zaman Tercihi; Fuchs'a göre, bireyler gelecekteki yaşama verdikleri değer ile şimdiki yaşama verdikleri değer farklıdır. (Fuchs ve Zeckhauser, 1987, s.264–265). Hızla gelişen dünyamızda, toplumların sağlığını tehdit eden hastalık riskleri de giderek artmaktadır. Ozon tabakasındaki yırtılmanın özellikle cilt kanserini artırması veya zehirli atıkların gıda zehirlenmesine yol açması örneklerinde olduğu gibi, gelecek yaşam daha fazla risklerle dolu hale gelmektedir. Bu nedenle bireyler genellikle şimdiki sağlıklı yaşamı, gelecekteki sağlığa tercih eder durumdadırlar. Böyle bir dünya görüşü, bir yandan sağlık hizmetleri talebini artırırken, diğer taraftan ekolojik düzenin daha da bozulmasına yol açarak, gelecekteki hastalık riskini artıracaktır. Hayatın ekonomik değerinin hesaplanmasında, alışılmış indirgeme kriterleri kullanılmaktadır. Fuchs'a göre, hayatın ekonomik değerinin hesaplanmasında kullanılacak indirgeme faktörü, bireylerin yaşam boyu gelir yapılarını, sağlık hizmetlerinin kalitatif yapısını ve bireysel değer yargılarını içerecek şekilde ağırlanmalıdır; aksi takdirde hatalı sonuçlara ulaşılabilir (Fuchs ve Zeckhauser, 1987, s.264–265).

Sağlık hizmetleri talebinde, zamanla ortaya çıkacak artışlar, sağlık hizmetleri talep doğrusunu tamamen sağa doğru kaydırırken, koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin, gelecekte sağlık hizmetleri talebini azaltması, sağlık hizmetleri talep doğrusunu, tamamen sola kaydırır (Wilensky, 1981, s.74).

1.5.3.2. Sağlık Hizmeti Talep Tahmini

Sağlık hizmetlerine olan talebin belirlenmesinde genellikle, ya hasta sayısı, ya da “hasta-gün” sayısı kullanılmaktadır. Fakat uygulamada karşılaşılan zorluklar her iki göstergenin birlikte kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu görüş ışığında, bir hastanenin hizmetine olan talebini belirlemesi için hastanenin hizmet sunduğu bölgenin genişliği, nüfus yoğunluğu ve nüfus artış oranı, nüfus artış oranı, nüfusun yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine göre dağılımı, bölgenin temel ekonomik faaliyeti ve gelir düzeyi gibi değişkenleri incelemek gerekir (Fuchs, 1973, s.144).

Hizmet Bölgesini Tanıma: Bölgeye bir sağlık hizmet sistemi götürüldüğünde sağlık işletmesinin bölgeyi her yönü ile tanınması, uygun planlama için gereklidir. Planlamacılar bölgeyi varsa kayıtlardan yararlanarak, kayıtlar yeterli değilse özel araştırmalar yaparak topladığı veriler yardımı ile tanımaya çalışır. Bölgesini tanıırken sağlık işletmesinin hangi tür verilere ihtiyacı olduğu ve verilerin kapsamının ne olması gerektiği sağlık hizmet sisteminin yönetim biçimi, hedefleri ve içeriği ise yöneticilerin, kişilerin ve toplumun sağlık konusundaki görüş ve gereksinimleriyle ilgilidir. Sınırlı bir amaca yönelik program için basit ve kapsamı sınırlı araştırmalar yeterli iken, çok yönlü amacı olan bir sağlık programı için geniş kapsamlı araştırmalara gereksinim vardır (Sümülüoğlu, 1990, s. 4).

Talep tahmini hasta kökenli bir çalışmadır. Her türlü hizmet ya da hastaneye kabulde hastanın adresi incelenmelidir. Bu tahmin yatarak tedaviler, ayaktan tedaviler, acil servis ve öteki hizmetler için ayrı ayrı yapılmalıdır. Daha sonra yatarak tedavi için yapılan başvuruları yattıkları servislerin türüne göre analiz etmek yararlı olur. Hastane, nüfusun yoğun olduğu kent merkezlerinde ise, hastaları mahallelerine göre sınıflamak mümkündür.

Hastaların asıl adreslerine ait çalışmalar, yılın değişik zamanlarına ait dönemleri kapsamalıdır. Hastaların asıl adreslerine yönelik çalışmalar hastaneye hastaların geldiği birinci ve ikinci derecede coğrafi bölgeleri tanımlamakta yardımcı olur. Hizmet alanları bir kez tanımlandıktan sonra, bu alanlara ait ekonomik ve nüfus etkileri ayrıca incelenmelidir (Büker ve Bakır, 1997, s. 312).

Güvenilir Mülakatlar: Büyük bir proje için 20–30 arası güvenilir mülakat yapılmalıdır. Mülakat yapılacak kişiler, geniş bir merak yelpazesi oluşturabilmesi için dikkatlice seçilmelidir. Mülakatlar aşağıdakilerin her biri ile planlanmalıdır.

- Tabipler birliği üyeleri,
- Hükümet ve sivil kitle örgütleri liderleriyle,
- Çevre hastane yöneticisiyle,
- Hastane departman yöneticileriyle,

Bu mülakatlar 45-60 dakika sürmelidir. Mülakatlar iyi seçilmiş bir şekilde oluşturulmalı ve dikkatlice seçilmiş bir anket doğrultusunda yapılmalıdır. Bununla beraber mülakat yapılan kişiyi sıkmadan sorular sormak gerekir. Aksi takdirde yanlış bilgiler verilebilir (Beck, 1989, s. 155).

Hekimlerle Görüşme: Bu çalışma talep araştırmasının en önemli bölümünü oluşturur. Büyük hastanelerde, soru kağıtları bütün tıbbi personele gönderilir. Bu soru kağıtları geri geldiğinde, soru kağıtlarında verilen cevapların doğruluğunu ölçmek için yeterli sayıda hekimlerle bu anketler ile ilgili görüşmeler yapılır.

Hekim görüşmeleri yapıldıktan sonra analizcinin toplanan bilgileri ve sonuçları içeren bir rapor hazırlaması gerekir. Görüşme kılavuzları her hastanenin kendine özgü olabilir (Büker ve Bakır, 1997, s. 312).

Örneğin bir kılavuzda şunlar bulunabilir;

—Bu bölgede nüfusta önemli gelişmeler bekliyor musunuz?

—Hastanenin tıbbi açıdan en güçlü ve en zayıf olduğu alan nedir?

—Hastanenin diğer hastanelerle karşılaştırıldığında yeri nedir?

—Her ay ya da yılda kaç hasta muayene etmeyi bekliyorsunuz?

—Hastaların ortalama kalış süresi ne olacaktır?

—Hastanenin mevcut servisleri konusunda ne düşünüyorsunuz? (Beck, 1989, s. 157).

Diğer Yetkililerle Görüşme: Bu görüşmeler hekimlerle yapılan görüşmeler kadar önemli olmamakla beraber yine de tahminler için yeni bir görüş açısı kazandırır. Görüşmeler sağlık kuruluşlarına ödeme yapan üçüncü kişiler, hastane yöneticileri, devlet ve bölge sağlık planlamacıları ile yapılır.

Yardım kuruluşları, sosyal güvenlik kuruluşları ve öteki ödeme yapan üçüncü kişi sözleşmelerinde ve ödeme ilkelerinde nasıl değişiklikler yapılabileceği konusunda görüşlerini bildirirler. Bu kuruluşlardan hastaların hastanede kalma süresi, her on bin kişilik nüfustan hastaneye kabul edilebileceklerin sayısı ve diğer konulardaki değişiklik önerileri istenir. Hasta kabul politikalarındaki ya da yatak kullanım oranlarındaki değişiklikler de tartışmalı ve bunların hastanede kalış süreleri üzerindeki etkileri de belirlenmelidir.

Tahminlerin Yapılması: Tahminlerin birinci bölümü matematiksel bir uygulamadır. Tıbbi bakım tahminlerinde bin kişiye düşen personel ölçü olarak alınır. Tıbbi bakım gereksinimlerinin standartları benzer ülkeler ve bölgelerle karşılaştırılarak bulunabilir. Bu hesaplamalarda ulusal ve kentsel istatistikler, tahmini tıbbi uzmanlık formülleri, ulusal ve bölgesel sağlık planlama formüllerinden ve ulusal sağlık politikalarından yararlanır.

Hasta gün sayısı ve öteki istatistikler hekimlerle ve diğer yetkililerle yapılan görüşmelerden elde edilen ve geçmiş bilgilerden çıkarılan trendlerle karşılaştırılmalıdır.

Karşılaştırmaların sonunda bulunan hatalar düzeltildikten sonra, istatistiklerden elde edilen sonuçlar hekimlerin büyüme karşısındaki tavırları ile karşılaştırılmalıdır. Hekimlerin beklentileri ile istatistik yollarla bulunan büyüme arasındaki önemli çelişkinin nedeninin araştırılması ve güvenilir rakamlar olarak kabul edilmeden önce açıklığa kavuşturulması gerekir.

Hasta gün sayısı tahmin edildikten sonra yardımcı bölümler için tahmini kapasite kullanım istatistikleri hazırlanmalıdır. Birinci ve ikinci derece hizmet alanları kadar standart yardımcı bölümlerinde hasta türü açısından kapasite kullanım tahminlerinin yapılmasında nüfus bilgilerinden yararlanılır (Beck, 1989, s. 319–320).

1.5.3.3.Sağlık Hizmeti Talep Modelleri

Sağlık hizmeti sistemlerinin birkaç ekonomik modeli vardır. Abelsmith'e göre hangi model olursa olsun "parasal değer teorilerinden arındırılarak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanında sorunlar çözümlenemez (Abelsmith, 1976'dan Sur ve Şahin, 2005, s. 2)". Bu noktada sağlık politikacısı kendisinin diğer faaliyetleri gibi iki hedefi göz önünde bulundurmalıdır. Bunlar:

- Maliyet-Etkililik ve Maliyet-Fayda
- Verimlilik

Sağlık hizmeti planlamacıları bu ikisine bir de hakkaniyeti eklemişlerdir. Hakkaniyet kendi içinde tıbbi etik boyutunu da barındırmaktadır (Le Grand, 1991'den Sur ve Şahin, 2005 s. 2). Ekonomistler için sağlık yeni bir kavram olduğu için bu alanda yeterli araştırma yoktur. Ama tüketiciler konuyu zaten bir şekilde ekonomik olarak ele almaktadır. Tüketiciler değişik hizmet ve mallar arasından seçim yapmaktadır. Tüketiciler sağlık hizmetlerinin marjinal değerinin onun marjinal maliyetiyle karşılaştırmaktadır (Donaldson ve Gerard 1993'den Sur ve Şahin, 2005, s. 2). Eğer marjinal fayda, marjinal maliyeti geçmişse kişiler sağlık hizmeti almaya karar verir ve bu düşünceler değişik modeller içinde geliştirilmiştir.

1.5.3.3.1.Grossman Modeli

Sağlık hizmetlerinde talebi, faydanın maksimize edilmesi fonksiyonlarından biri olarak gören modellerin içinde en çok tartışma yaratanı Grossman Modeli olmuştur. Bu modele göre sağlık pazarı aslında oldukça belirliliği olan bir pazardır ve tüketiciler kendilerinin sağlığı ve sağlık hizmetleri hakkında mükemmel bilgi ile donatıldıklarında, hayatlarının ne kadar uzunlukta olacağına karar verebilirler.

Cullis ve West; Grossman Modelinin sağlığı, bir yılda en fazla 365 gün limiti olmak üzere, sağlıklı geçirilen günlerle ölçtüğü görüşündedir (Cullis ve West, 1991'den Sur ve Şahin, 2005, s. 3).

Sağlık kapitalinin optimal stokunun verilmesi, bunun denklem şeklinde ifade edilmesi ve yaş ile gelirin tek tek optimal üstündeki etkisi azaltılabilir. Artan yaşın etkisi, sağlık üstünde gittikçe artan bir aşınma hızı olarak varsayılmaktadır. Ancak bu varsayım bütün yaşlı bireylerin bütün genç bireylerden daha az sağlıklı olduğu anlamına gelmez. Burada kastedilen aynı birey için sağlığın, yaşlandıkça daha fazla aşınacağı anlamına gelir. Grossman buna dayanarak şunu iddia etmektedir: Sağlıkta gittikçe artan kayıplar tüketiciyi daha düşük düzeyde bir sağlık stokuna yöneltmektedir. Bu şekilde tüketiciler sağlığın marjinal ürününü artırarak yüksek maliyetli marjinal dönüşü dengelemektedir. Her periyotta sağlık hizmetine talep, optimal bir sağlık hizmeti talebinden türemektedir. Dolayısıyla mevcut sağlık stokunda aşınmalar ve sağlık hizmetlerine yatırım gelecekteki sağlık stokunun bileşenleri olmaktadır. Ödemelerin sağlık stoku ve sağlık hizmetleri üstüne etkileri iki unsurdan oluşmaktadır. Sağlıklı günlerle ölçülen sağlığın marjinal ürünü, daha yüksek gelir varsa daha çok para edebilmektedir. Ancak tüketicilerin gelirleri ile birlikte tüketicilerin zamanları da sağlık hizmetleri için girdi olmaktadır (Cullis ve West, 1991'den Sur ve Şahin, 2005, s. 3).

Grossman Modeli (Sağlık Kapitali Modeli), sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliği ve hakkaniyeti artırıcı kamu politikalarına pek yer vermez. Tüketiciler faydalarını maksimize edecek doğru seçimleri yapabilecek kişiler olarak ele alınmaktadır. Bu modelde sağlık hizmetlerinin tüketimi gelirin artması ile artma eğilimi gösterecektir. O halde tüketicinin seçimi akla yatkındır, gelirleri destekleyici tedbirler ile istenilen hakkaniyet düzeyine bu şekilde ulaşılır. Mc. Guire, Henderson ve Money Grossman'ı şu şekilde algılamaktadır: Grossman belirsizlikten ziyade riskle ilgili zorlukların üstesinden gelmektedir. O'nun modeline göre sağlık hizmeti yalnızca tüketicinin hayatının geri kanla günlerinin hastalıktan arınmış geçmesi için satın alınmaktadır. Bu satın alım rahatsızlığın giderilmesinden çok sağlığa yatırım yapmak içindir. Burada iki konu ortaya çıkmaktadır: **Birincisi;** model, sağlıkta sigorta pazarının mekaniklerinin olası kötü sonuçlarından kendini soyutlamaktadır. Analitik olarak sağlık hizmeti sigortasına olan talebi ve sağlık hizmeti tüketimini ayırmanın yararı bulunmaktadır. Şüphesiz ki böyle bir ayırım ortadaki sağlıkla ve hastalıkla ilgili rasgeleliği (riskten ziyade belirsizlik) belirginleştirecektir. Bu durum genel yatırım fonksiyonunun da sağlık hizmetinin yönünü karmaşıklaştıracaktır. **İkincisi;** sağlık hizmeti, tüketiminde elde edilen yararlar açık değildir ve sağlık hizmeti harcamaları sürekli ve giderek artan bir şekilde yapılacaktır (Mc. Guire, Henderson ve Money, 1992'den Sur ve Şahin, 2005, s. 3).

1.5.3.3.2.Talep Yerine İhtiyaç Yaklaşımı

Bu yaklaşım tüketicinin kendi inisiyatifi ile sağlık hizmeti talep etmediğini ileri sürer. Hekim hastasına bir hizmet paketi önermektedir. Tüketicinin kararı yalnızca bu paketi almak ya da almamakla sınırlandırılmıştır. Ancak ihtiyaçlar yaklaşımı da, sağlık hizmetlerine olan talebin esnek olmaması görüşünü savunarak bazı soruları çıkmaza sokmaktadır.

Cullis ve West bu durumu şöyle eleştirmektedir: “Bir hastalıktan sıkıntı çekerken tüketicinin talebi esnek değildir. Ancak eğer bizim bireyimiz bir iki yıldır birçok rahatsızlıktan muzdaripse, bir takım kısıtlılıkları ve ağrıları oluyorsa durum nedir? Aynı anda birden çok hastalığı gündeme getirerek bireyimizde sağlık hizmetlerine esnek bir talep yaratmış olduk. Burada fiyatlar düştükçe talep edilen miktar artacaktır.” Genel anlamda ihtiyaçlar teorisi bizi ücretsiz hizmet sunumunun verimsizliğine götürmektedir (Cullis ve West, 1991’den Sur ve Şahin, 2005, s. 3).

Mc. Guire, Henderson, Money ihtiyaç modelini tartışırken, çok önemli bir noktaya değinmektedir. Tüketiciler, sağlık hizmetiyle ortaya çıkan kazançları veya kayıpları iyi değerlendirecek bir durumda olamazlar. Doğal olarak, tüketim işlemi bittikten sonra sağlık durumunda oluşan değişikliklere bakarak tüketici hizmetten sağladığı yararı değerlendirebilecektir. Ancak Weisbrod’un dediği gibi; tüketicilerin önceden veya sonradan değerlendiremeyecekleri bir şey bulunmaktadır: Hizmet tüketiminin hangi miktarına kadarı sağlıkta değişimi yaratabilmektedir yani yararı sağlayan tüketim derecesi nedir? Weisbrod gibi bir çok yazarın belirttiği gibi, insan vücuduna kendi kendini onarma gibi bir yetenek bahşedilmiştir. Diğer mallardan ve hizmetlerden farklı olarak hizmeti sağlayanlar (hekimler) tüketiciye göre, yalnızca tüketimin ne şekilde olacağını önermek bakımından değil, aynı zamanda bu tüketimden sağlanan net yararlarının neler olacağını anlamak bakımından da çok daha avantajlı durumdadır. Bu konularda tüketicisine yol gösteren yolu hekimler almış olmaktadır (Mc. Guire, Henderson ve Money 1992’den Sur ve Şahin, 2005, s. 4).

1.5.3.3.3.Sunucuların Kabarttığı Talep

Donaldson ve Gerard şöyle demektedir. “ Verilen hizmet kalemlerini baz alarak ücretlendirmek; hekimleri ortaya koydukları iş kadar ücretlendirmek demektir. Geleneksel uygulamalarda, hastaların hangi hizmeti, ne şekilde ne zaman ve ne kadar kullanacağı kararlarında hekim önerilerinin çok büyük önemi vardır. Bu durum sağlık hizmetlerinin maliyetlerini; sağlığa hiçbir olumlu etkisi olmayacak veya çok az etkisi olacak biçimde arttırmaktır. Hekimlerin talep üstüne bu önermeleri “sunucunun kabarttığı talep” supplier induced demand olarak adlandırılmaktadır (Donaldson ve Gerard 1993’den Sur ve Şahin, 2005, s. 4).

Hekim / Toplum oranının yüksek olduğu toplumlarda hekimlerin kişi başına (per capita) ücret alma oranları da yükselmektedir. Hekimlerin verdikleri hizmet karşılığında (fee for service) ücretlendirmeleri halinde sunucunun talebi niçin kabarttığı kolayca anlaşılabilir. Sağlık sigortacılığında bu sorun olumsuz bir döngüye girmektedir. Sunucular yani hekimler talebi körüklemeye devam ederler çünkü ücret hastadan değil üçüncü taraftan yani sigortacıdan alınmaktadır. Bunun kaçınılmaz sonucunda maliyetler artacağından sigortacı da primleri yükseltmekte ve artışları yine tüketici yani hasta karşılamaktadır. Ulusal sigortaların kurulduğu ve hekimlerin maaş karşılığı çalıştırıldığı sistemlerde ise, hekimler, hastasıyla gereksiz yere tartışmaya girmemek ve bilimsel olarak kendini daha güvende hissetmek için talebi körüklemektedir. Talebin kabardığı bir durum daha vardır: Hekimler hizmetin maliyetini olduğundan daha düşük olarak algılamışlarsa, hizmetin sunumunda cömert davranmaktadır (Mc. Guire, Henderson ve Money 1992'den Sur ve Şahin, 2005:4).

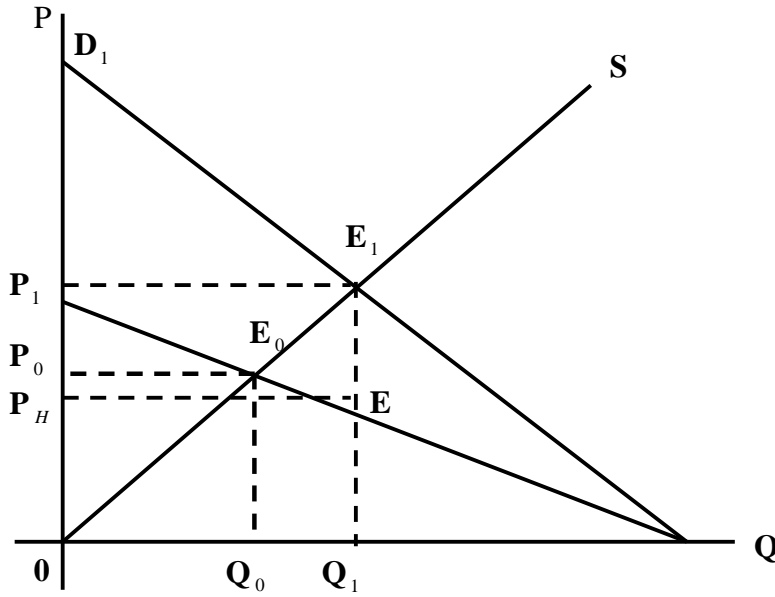
1.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Arz-Talep Fiyat Oluşumu

Sağlık hizmetleri talebini etkileyen, fiyat haricindeki unsurların sabit kaldığı varsayıldığında, sağlık hizmetleri talebi, fiyatın azalan bir fonksiyonu olarak yazılabilir.

$$Q_s = f(P_s)$$

Burada sağlık hizmetleri fiyatından kasıt, faydalanılan sağlık hizmeti için, hasta bireyin bizzat ödediği tutardır. Günümüz sosyal refah anlayışı, sağlık hizmetleri maliyetinin giderek artan oranda, hasta dışında, sosyal güvenlik kuruluşları tarafından ödenmesini gerektirmektedir. Özellikle kanser örneğinde olduğu gibi tedavisi uzun süren ve pahalı teknolojilerin kullanılmasını gerektiren hastalıklarda, bu maliyetlerin tamamen hasta bireye yüklenmesi mümkün değildir (Scanlon, 1992, s. 45).

Sağlık hizmetleri maliyetinin hasta dışında, sağlık sigorta kurumlarınca karşılanan kısmı arttıkça, sağlık hizmetleri talebi ona bağlı olarak artacaktır. Burada şu hususa dikkat edilmelidir; Sağlık hizmetlerine olan talebin artış nedeni, sağlık giderlerinin hasta dışında sigorta tarafından karşılanan kısmının büyümesidir. Yani birim yatak maliyeti, tedavi ve ilaç giderleri değişmezken bu giderlerin hasta tarafından ödenen kısmı azalmıştır. Talepteki artış, sağlık hizmetleri fiyatını artırmazken, arz artışı da fiyatların azalmasına neden olmaz. Bunun en önemli nedeni sağlık hizmetleri sektörünün büyük ölçüde kamu kontrolünde olmasıdır. Sağlık giderlerinin devlet veya sağlık sigortası tarafından ödenen kısmının artmasına bağlı olarak sağlık hizmetleri talebinde meydana gelecek talep artışı şekil (1.3)'de görülmektedir.



Şekil (1.3)

Sağlık hizmetleri Arz-Talep İlişkisi

Şekil (1.3)'de orjinden çıkan S doğrusu, belli bir fiyattan arz edilen sağlık hizmeti miktarını verir. Başlangıçta sağlık hizmetleri talebi D_0 iken denge E_0 noktasında oluşmaktadır. Devlet ve sağlık sigortasının sağlık giderlerinin %50'sini karşılarken, daha sonra bunun %80'inin karşılamaya karar verdiğini düşünelim. Bu durumda sağlık hizmetleri talebi D_1 olacak şekilde sağa doğru kayacak ve sağlık hizmetleri talebi Q_1 'e yükselecektir. Sağlık hizmetleri fiyatı, P_0 'dan P_1 'e yükselmiştir. Toplam sağlık harcamaları OP_1E_1E kadardır. Toplam sağlık harcamalarının %80'lik, $P_H P_1E_1E$ alanı kadar, kısmi devlet veya sağlık sigortası öderken, hastanın ödemesi gereken %20'lik miktar, $OP_H EQ_1$ alanı kadardır (Buchanan ve Tollison, 1972, s. 51–55).

Sağlık hizmetleri maliyetinin, hasta dışında karşılanan payının artması, insanların daha fazla hastalanmasına yol açarak talebi arttırmaz. Ancak daha önceden çok önemsenmeyen rahatsızlıklar artık bireyler için önemli olmaya başlayacaktır. Bu da sağlık hizmetlerine olan talebi arttıracaktır. Sağlık hizmetleri maliyetlerinin hasta dışında ödenen payındaki artışın, sağlık hizmetleri talebinde yaratacağı artış, sağlık hizmetleri arz ve talep esnekliklerine bağlıdır. Sağlık hizmetleri arz ve talep esneklikleri arttıkça, sağlık hizmetleri talebi daha hızlı artacaktır (Serin ve Çakıcı, 1990, s. 23).

1.5.5.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetleri finansmanı konusu, diğer birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de oldukça karmaşıktır.

Sağlık sektörüyle ilgili makro düzeyde finansman, sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağına ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli miktarda, zamanında ve etkili bir biçimde yönlendirilmelerine ilişkin ilke ve esasları içeren bir kavramdır.

Mikro düzeyde finansman ise, her düzeydeki sağlık işletmelerinde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için ihtiyaç duyulan fonların sağlanması, bu fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir ve karların dağıtımı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içeren bir fonksiyondur.

İster makro, ister mikro düzeyde olsun sağlık sektörünün finansmanı nedeniyle sağlanan kaynakların, hakkaniyet ölçüleri ile tüm ülke düzeyinde eşit biçimde, etkili, verimli, ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve ülkemiz sağlık göstergelerini çağdaş ülkeler düzeyine yükseltecek bir biçimde kullanılmalıdır; sağlık sektörü finansmanının temel amacı budur.

Ülkemizde 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun gereğince, birçok sağlık hizmeti, sağlık evleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı merkezleri gibi Sağlık Bakanlığı'na bağlı diğer kişilerin tedavi harcamaları genel bütçeden karşılanmaktadır. Bir taraftan da sosyal Sigortalar Kurumu, kendi üyelerinden prim toplamaktadır. SSK aynı zamanda sağlık harcamalarının finansmanı konusunda ülkemizdeki en önemli kuruluşlardan birisidir. Ayrıca Bağ-Kur kendi üyelerine, topladığı primler karşılığında hizmet satın almaktadır.

Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar, doğrudan harcamalarla sağlık hizmeti satın almaktadır. Ekonomik gücü olmayanların tedavi giderleri ise, Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Fonundan ödenmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, yarattıkları dışsal ekonomilerin büyüklüğü ve gelecekteki sağlık harcamalarından tasarruf sağlama özellikleri nedeniyle, hemen hemen tüm ülkelerde kamusal arz kapsamına alınarak sosyalleştirilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu kesimi tarafından bedelsiz olarak sunulur ve finansmanı vergilerle karşılanır. Bu özelliği nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri, toplumdaki tüm bireylere eşit miktar ve aynı kalitede sunulan, tam kamusal mal kapsamında yer alır (Şener, 1974, s. 27).

Üzerinde en çok tartışılan konu, kısmen kolektif ve kısmen bireysel faydalar sağlayan, tedavi hizmetlerinin finansman biçimidir. Tedavi hizmetlerinin birçoğu, hem doğrudan bireysel yarar sağlayan ve hem de kolektif yararlar sağlayan, yarı kamusal mal niteliğindedir.

Yarı kamusal mallarda, açığa çıkan talep, potansiyel talebin genellikle altında olduğu için, fiyatlandırma son derece güçtür. Yarı kamusal malların fiyatlandırılmasında en büyük sorun, hizmetten hiç bir bedel ödemeksizin yararlanan ve literatürde beleşçi olarak adlandırılan, kesimin hizmet maliyetine katılımının sağlanmasıdır. Yarı kamusal malların tipik özelliklerini gösteren sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında üç temel yaklaşım vardır (Wilensky, 1982, s. 202–207; Hurst ve Poullier, 1993, s. 6).

1. Tam Sigortalama: Tam sigortalama halinde bireyler, gelecekte ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı, kendilerini sigortalamakta ve prim ödemektedir. X tüketilen tedavi hizmeti miktarını, P hastalığa yakalanma riskini ve C sağlık hizmeti maliyetini göstermek üzere, bireyin sigorta şirketine ödemesi gereken prim miktarı, $P(C,X)$ olacaktır.

Sıfır fiyatlandırma yöntemine göre prim ödenmesi durumunda, tedavi hizmetleri talebi, bireylerin önceleri önemsemedikleri rahatsızlıklar için de sağlık hizmetleri talep etmelerine yol açarak, aşırı şekilde genişleyecektir. Sıfır fiyatlandırma sonucu, sağlık hizmetleri talebi X_1 'e yükselecek olursa, sigorta şirketinin ödeyeceği sağlık gideri $P(C,X_1)$ olacaktır.

Tam sigortalama ve sıfır fiyatlı tedavi hizmeti arzının uygulanması, hasta ve doktorun iyi niyetli olması halinde olumlu sonuç verecektir.

2. Hastalık Riskinin Bireylere Yüklenmesi: Hastalık riskinin tamamen topluma yüklenmesi durumunda, artan sigorta primi ve tedavi hizmetleri maliyeti, sigorta poliçesi satın alan birey tarafından karşılanacaktır. Bireyler gelirleri ile orantılı olarak, tam veya kısmi sağlık poliçeleri satın alarak, gelecekteki hastalık riskini ortadan kaldırmaya çalışacaklardır. Bu yaklaşımda bir fiyatlandırma sorunu yoktur. Sistemin en önemli sakıncası, sigorta primlerinin iş kollarının riskine göre değişmesi ve zengin-fakir bireyler arasında sağlık hizmetlerinden yararlanma miktar ve hizmet kalitesi açısından, büyük uçurumun ortaya çıkmasıdır. Hastalığa yakalanma riski yüksek olan iş kollarında çalışan bireylerin ödeyeceği sigorta primi yüksek olacaktır. Uygulamada sigorta priminin işçi ve işveren arasında paylaştırıldığı görülmektedir. Aynı şekilde, yılda belli bir miktarın altında tedavi edici sağlık hizmeti talep eden bireylerin ödeyeceği prim miktarı düşerken, fazla tedavi hizmeti talep etlen bireyin ödemesi gereken prim miktarı artmaktadır.

3. Tedavi Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: Tüm sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bu yaklaşımda, sağlık hizmetleri kamu ekonomisi tarafından arz edilmekte ve maliyet genel vergi gelirleriyle karşılanmaktadır (Culyer, 1971, s. 151). Ancak bu yaklaşımın sağlık harcamalarının hızla arttığı günümüzde etkinlikle işlemesi imkansızdır. Sistem bir noktadan sonra tıkanacaktır. Bir yandan sağlık hizmetleri araştırma-geliştirme harcamaları, diğer yandan artan sağlık hizmeti maliyetleri, bütçeye büyük bir yük getirecektir. WHO; sağlık

hizmetlerinin finansal açıdan güçlendirilmesi için ülkelere, öncelikle sağlık sorunlarını kalkınma planları içinde ele alarak geliştirmelerini önermiştir. Ancak daha sonra sağlık sektörü planlamasının finansman sorunundan ayrı olarak ele alınamayacağı anlaşılınca, sağlık planlarının koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik ilişkisi içinde ele alınarak, ülke sosyo-ekonomik ve politik yapısına uygun, etkin finansman yöntemlerinin geliştirilmesini önermiştir. Bu çağrıya uyarak tüm ülkeler, kalkınma planlarına sağlık sektörünü de dahil etmiş ve planlanan dönemde sağlık göstergelerindeki gelişmeleri planlamaya ve uygun finans kaynakları bulmaya çalışmışlardır.

2000 yılına kadar toplumun tamamına sağlık hizmeti sunulmasını ana hedef olarak belirleyen WHO, tedavi edici sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasının, kalkınma planları içinde dört farklı biçimde ele alınmıştır (WHO, 1994, s. 21–23).

1. Sıfır Fiyatlandırma Yaklaşımı: Bu yöntemde tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamen sosyalizasyonu öngörülmektedir. Sistemin başarısı, hasta ve doktorların rasyonel kararlarına bırakılmıştır. Sağlık hizmetleri maliyeti, genel bütçeden vergi gelirleriyle karşılanmaktadır. Ancak böyle bir yaklaşımın, uzun dönemde hızla artan sağlık harcamalarının devlet bütçesine ağır bir yük getireceği için uygulanması güçtür (Manning, 1987, s. 251–277).

2. Hizmete Bedel Ödeme: Tedavi edici sağlık hizmetini tüketen hasta bireyin, tedavi hizmeti maliyetini tamamen üstlenmesidir. Böyle bir yaklaşım, zengin toplum varsayımına dayanmaktadır. Ancak günümüz refah devleti anlayışı, milli gelirden düşük pay alan veya hiç pay almayan bireylerin sağlığının korunmasının piyasa mekanizmasına bırakılmasını engellemektedir (Barr, 1987, s. 13).

3. Ön Ödeme Sistemi: Ön ödeme yaklaşımında bireyler, gelecekteki hastalık riski için, sigorta kurumları kanalıyla doktorlara ödeme yapmaktadır. Bireylerin ödeyeceği prim esnek tutulmaktadır. Sağlık kurumu hizmet kapasitesi kullanıldıkça maliyet artar ve ödenecek sigorta primi yükselir. Ancak tedavi hizmeti talebi kurulu kapasitenin altında ise ödenecek prim azalır. Sistemin amacı aşırı talebi, kapasite sınırına çekmektir.

4. Kapalı Ağ Sistemi: Kapalı ağ sisteminde hasta, sözleşme yoluyla bir grup doktora bağlanmaktadır. Böylece hasta ve sigorta kurumlarının, aşırı ve gereksiz sağlık hizmeti talebinin önüne geçilmesi arzulanmaktadır.

Yukarıda açıklanan fiyatlandırma yaklaşımlarından hangisi kullanılırsa kullanılsın, yarı kamusal mal niteliğindeki tedavi hizmetlerinin fiyatlandırılması, konunun ahlaki boyutu nedeniyle önemli ölçütle değer yargısı içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin taşıdığı tüketim ve yatırım unsurlarının ayırt edilmesindeki güçlük, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasını daha da karmaşık hale getirmektedir.

1.5.5.1. Arz-Talep Yaklaşımı İle Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Arz-talep yaklaşımında, bireylerin tedavi hizmeti talebini açıkladıkları varsayılmaktadır. Bu yaklaşımda öncelikle, bireysel sağlık talep eğrileri bulunur ve sonra, sağlık hizmetlerinin dışsal etkileri de dikkate alınarak, sağlık hizmetleri toplam talep eğrisi türetilir. Analizin diğer bir kabulü, sağlık hizmetleri maliyetlerinin bilindiği yolundadır. Arz-talep yaklaşımı ile sağlık hizmetlerinin finansmanı, beş temel varsayım üzerine kurulmuştur (Lindsay, 1972, s. 46-61).

—Sağlık hizmetleri türdeşdir ve sağlık hizmetlerinde etkinlik, ulaşılan sağlık düzeyini temsil eden indeksler yardımıyla ölçülebilmektedir.

—Bireyler hastalık riskinden kaçınarak, hastalığa yakalanma riskini azaltabilmektedirler.

—Mashall'yan talep doğrulan kullanılmaktadır.

—Toplum biri fakir ve diğeri zengin iki bireyden oluşmaktadır.

—Sağlık hizmetlerinin kamusal arzı gerekli ve zorunludur.

—Sağlık hizmeti maliyetleri, genel bütçeden vergi gelirleriyle karşılanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, arz-talep yaklaşımının dayandığı bu varsayımlar, sağlık sektöründe fiili talebin gerçek talebin üzerine çıkmasına yol açar. Sağlık hizmetlerinin sıfır fiyatla arzı, sağlık hizmetleri piyasasında arz-talep dengesini bozarak, kaynak israfına yol açar. Aşırı talep etkisi yanında, hasta bireylerdeki davranış bozukluktan ve doktorların irrasyonel kararları sonucunda, sistem bir süre sonra işlemez hale gelecektir. Sağlık hizmetlerinin sıfır fiyatla arzı, başlangıçta genel bütçe içinde vergilerle finansmanı yeterli kılmaktadır. Ancak zamanla, sağlık hizmetlerinin yaygınlık kazanması ve ileri teknolojilerin kullanılması gereği gibi nedenlerle, kamusal finansman yetersiz kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sıfır fiyatla arzında bütçe imkanlarının yetersiz kalması, sağlık hizmetleri arzının sürekliliğini tehlikeye sokar. Bu durumda artan sağlık harcamalarının karşılanması yeni finans kaynaklarının geliştirilmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sıfır fiyatla arzında, bütçe imkanlarının yetersiz kalması durumunda, ek finansman gereği dört yolla karşılanabilmektedir (Buchanan ve Tollison, 1972, s. 48).

1. Belli Oranda Sigortalama: Bireylerin yararlandıkları tedavi edici sağlık hizmetleri karşılığında, sigorta primi ödemesi zorunluluğunun getirilmesidir.

2. Azalan Prim Yöntemi: Sigortalanmış birey, başlangıçta yüksek oranda prim ödemekte ve ödeyeceği prim yıllara göre azalmaktadır. Bu yöntemin asıl amacı, mevcut yaşın sağlık hizmeti talebinin gelecek yıllara yayılması ve gelecekte ortaya çıkacak kapasite artışıyla sistemdeki tıkanıklıkların giderilmesidir.

3. Birlikte Sigortalama Yöntemi: Sigortalanan bireyin sağlık harcamalarının kısmen

karşılanması ile tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelen aşırı talebin kırılması öngörülmektedir. Burada, sağlık hizmetleri talebinin kapasite sınırına çekilmesinde, fiyat mekanizmasından yararlanılmaktadır.

4.Özel Sağlık Sigortası: Bu yaklaşımda bireyler, gelecekteki hastalık riskine karşı herhangi bir sigorta şirketinden, sağlık sigorta poliçesi satın almakta ve prim ödemektedir. Böylece, hastaların irrasyonel davranışlarından kaynaklanan, aşırı sağlık hizmetleri talebinin ortadan kaldırılması ve sektördeki talep baskısının yol açtığı maliyet artışının önüne geçilmesi arzulanmaktadır.

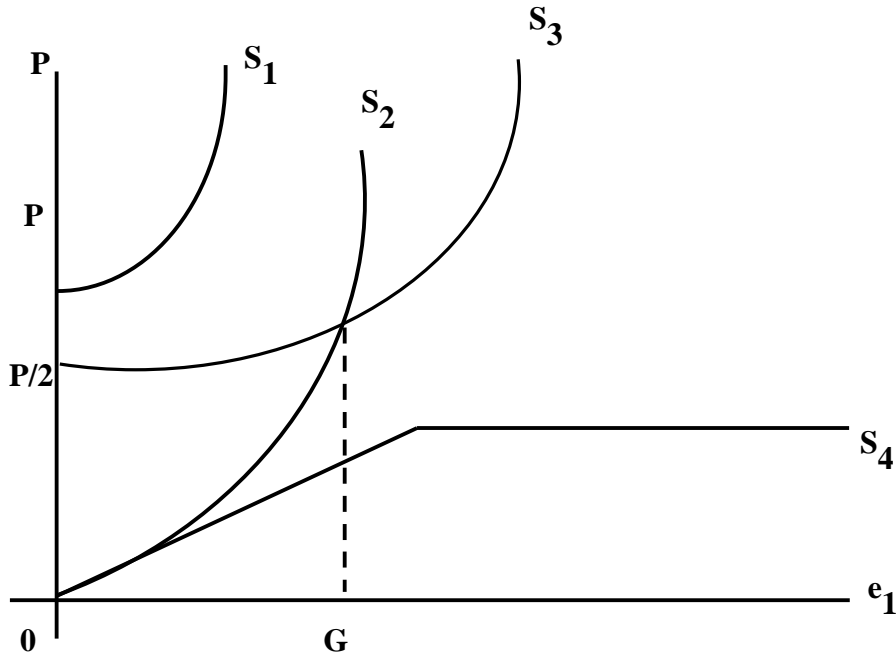
Tedavi edici sağlık hizmetlerinin, kâr amacı gütmeyen sağlık kurumlarınca yerine getirilmesi durumunda (Easley ve O'Hara, 1983, s. 531–538), sistemin etkinliği arz ve talep koşulları dikkate alınarak ölçülmektedir. Sağlık sektöründe arz-talep mekanizmasının işlemesi, sağlık hizmetlerinin fiyat yapısıyla yakından ilişkilidir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamen sosyalleştirildiği bir yapıda arz-talep mekanizmasının işlemesi beklenemez. Arz-talep yaklaşımında finansman biçiminin etkinliği, sağlık hizmetleri talebinin hizmet kapasitesi karşısındaki durumu dikkate alınarak değerlendirilir (Feldstein, 1971, s. 853–872). Sağlık hizmetlerinin finansman biçimi, sağlık hizmetleri talebinin hizmet kapasitesini aşması sonucunu yaratıyorsa, sistem aşırı talep nedeniyle tıkanır ve hastanelerde kuyrukların oluşmasına yol açar. Ancak, sağlık hizmetleri finansman biçimi, sağlık hizmetleri talebini kapasite sınırına yakın bir noktada tutacak kadar etkin ise, sıkışıklığın yol açacağı maliyet yükü ortadan kalkacak ve sağlık hizmetlerinde etkinlik artacaktır. Arz-talep mekanizmasının, fiyat aracılığı ile, talebi kapasite sınırına çekmeyi başaramaması halinde kullanılacak dört yöntem vardır (Buchanan ve Tollison, 1972, s. 50).

1.Özel Bireylerce Tedavi Yöntemi: Bu yaklaşımda bireyler, talep ettikleri sağlık hizmetinin bedelini ödeyerek tedavi hizmeti kullanmaktadırlar. Şekil (3.1)'de görüldüğü gibi, zengin birey P_0 fiyatından OB kadar sağlık hizmeti talep ederken, fakir birey aynı fiyattan sadece OA kadar sağlık hizmeti talep etmektedir. Toplumda sağlık hizmetleri tüketiminde eşitliğin sağlanabilmesi için, zengin bireyin sağlık hizmeti tüketiminin OA'ya yaklaştırılması gerekmektedir.

2.Bağış Yöntemi: Tedavi edici sağlık hizmetlerinin fakir bireylere, bir bağış biçiminde bedelsiz olarak sunulmasıdır. Toplum kesimleri arasında sağlık hizmetlerini daha dengeli dağılımının sağlanması için, zengin birey bireysel talep doğrusunun belirlediği OB miktarını kullanırken, fakir bireyin sağlık hizmetleri talebini yükseltecek transferde bulunmaktadır.

3.Vazgeçme Yöntemi: Zengin birey, bireysel sağlık hizmetleri talep doğrusunun belirlediği, OB kadarlık sağlık hizmeti tüketiminin bir kısmından gönüllü olarak vazgeçmesi ve bu kısmın fakir bireye aktarılmasıdır.

4.Sübvansiyon Yöntemi: Zengin bireylerin, tedavi edici sağlık hizmetleri için ödemede bulunması ve fakir bireylerin tedavi hizmetleri talebinin kamu kesimince sübvansiyon edilmesidir (Feldstein ve Friedman, 1977, s. 155–178).



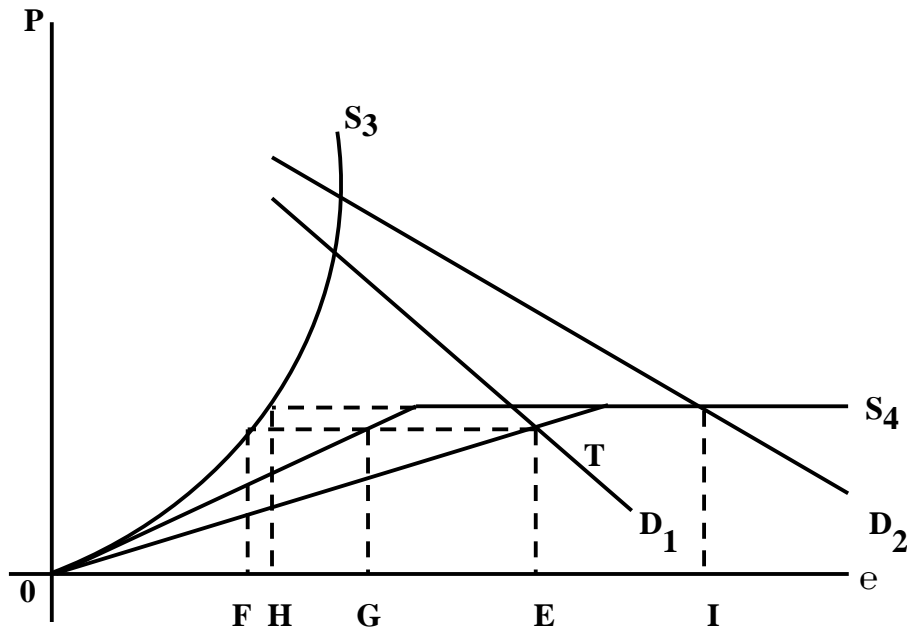
Şekil (1.4)

Finansman Türleri Marjinal Maliyet Eğrileri

Özel bireylerce tedavi yönteminde zengin birey, bireysel talep doğrusunun belirlediği OB kadar sağlık hizmeti talebinin marjinal maliyeti, talep doğrusunun altında kalan kısmı kadardır. Özel bireylerce tedavi yöntemi marjinal maliyet eğrisi Şekil (1.4)'de S_1 ile gösterilmiştir. Bağış yönteminde zengin birey, bir taraftan kendi sağlık hizmeti talebini kısarken, diğer taraftan da fakir bireyin sağlık hizmeti talebini artırmaktadır. Bu nedenle, bağış yönteminin marjinal maliyeti, ilk yöntemin yarısı kadardır. Bağış yönteminin marjinal maliyet eğrisi S_2 ile gösterilmiştir. Bağış yöntemi maliyeti, özel bireylerce tedavi yöntemi maliyetinin yansı olduğu için, S_2 marjinal maliyet eğrisi fiyat eksenini orjin ile S_1 'in dikey eksenini kesim noktasının tam ortasında kesmektedir. Vazgeçme yönteminde zengin birey, OB kadarlık sağlık hizmeti talebinin bir kısmından vazgeçerek fakir bireyin sağlık hizmeti talebini artırmaktadır. Bu yöntemin maliyeti, özel bireylerce tedavi yöntemi maliyetine benzer. Bu nedenle vazgeçme yöntemi marjinal maliyet eğrisi (S_3), özel bireylerce tedavi yöntemi marjinal maliyet eğrisine (S_1) paralel olarak çizilmiştir. Ancak vazgeçme metodunda zengin birey, sağlık hizmetleri talebinin bir kısmından vazgeçtiği için, marjinal maliyet eğrisi orjinden çıkmaktadır. Sübvansiyon yönteminin marjinal maliyeti ise, sübvansiyon edilen sağlık hizmeti miktarına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin sübvansiyon edilecek kısmı, fakir bireyin talep

doğrusu D_1 , ile sağlık hizmetleri arz eğrisi arasında kalan alandır. Bu nedenle, sübvansiyon metodunun marjinal maliyeti (S_4), orjinden başlayıp giderek artan ve talebin arza eşit olduğu noktadan sonra yatay eksene paralel seyreden bir eğri şeklinde olacaktır.

Şekil (1.5)'de politik süreç içerisinde ortanca bir seçmenin, tayınlama (vazgeçme) ve sübvansiyon yöntemleri karşısındaki durumu ve sağlık hizmeti optimal finans yapısının belirlenmesi analiz edilmektedir. Tayınlama ve sübvansiyon yöntemlerinin marjinal maliyet eğrileri sırasıyla, S_3 ve S_4 ' tür. Sağlık hizmeti marjinal maliyet eğrilerinin, dışsallıkları da içerdiği varsayılmaktadır. Yani, marjinal maliyet eğrilerinin temsil ettiği tedavi edici sağlık hizmetleri arz düzeyi, toplumsal konsensüs sonucunda oluşmuş ve toplumun zevk-tercihlerine uygundur. Minimum maliyetli sağlık hizmetleri çıktısını gösteren OT eğrisi, marjinal maliyet eğrilerinin yatay toplamına eşittir. D , ortanca seçmenin tedavi edici sağlık hizmetlerinden sağladığı marjinal yararını temsil etmektedir. Marjinal yarar (D) ve marjinal maliyet doğrularının kesiştiği noktada, en düşük maliyetli sağlık hizmeti çıktısı belirir. Şekilde optimal sağlık hizmeti çıktı düzeyi OE kadardır. OE sağlık hizmeti çıktısının OG 'lik kısmı, sübvansiyon yöntemiyle ve OF 'lik kısmı tayınlama yoluyla finanse edilmektedir, t_1 döneminde, tedavi edici sağlık hizmetleri talebi D_1 olacak şekilde sağa doğru kayacak olursa, sağlık hizmetleri denge çıktı düzeyi OI 'ya yükselecektir. Bu durumda sağlık hizmeti çıktı düzeyinin OH 'lik kısmı tayınlama yoluyla ve HI 'lık kısmı ise sübvansiyon yoluyla finanse edilmektedir (Buchanan ve Tollison, 1972, s. 57–58).



Şekil (1.5)

Optimal Tedavi Hizmeti Çıktı Düzeyi

1.5.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında İhtiyaç Ölçütü Yaklaşımı

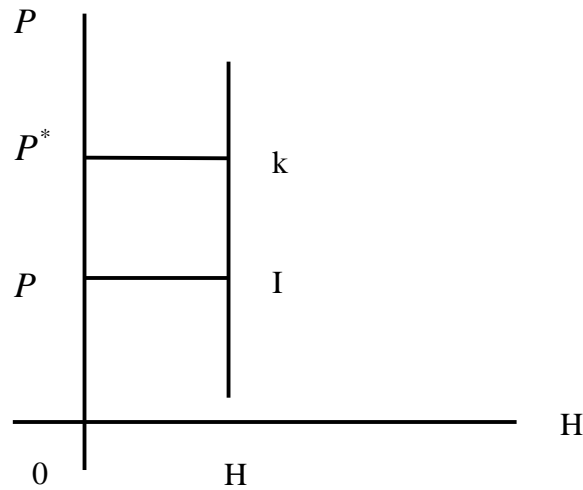
Sağlık hizmetlerinin finansmanında ihtiyaç ölçütü yaklaşımının temelini, sağlık hizmetlerinin pozitif fiyatlar yerine sıfır fiyatla sunum ve hizmet arzının talep edenler arasında tayinlanması oluşturmaktadır (Akalın, 1986, s. 272). Bu yaklaşımın ihtiyaç ölçütü olarak adlandırılmasının nedeni, bireylerin kendi inisiyatifi ile değil, doktorun takdiri ile sağlık hizmeti talep ediyor olmasıdır. Sağlık ekonomisinde, bireylerin kendi sağlığı konusundaki takdiri ve daha sağlıklı olma istekleri, herhangi bir tıbbi teşhis veya tedavi hizmeti için sağlık kuruluşuna başvurması talep ve doktorun hastanın tıbbi müdahaleye gereksinimi olduğuna karar vermesi ihtiyaç olarak tanımlanmaktadır (Fuchs ve Zeckhauser, 1987, s. 263). Sağlık hizmetlerinde tayinlama ise, sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının nispi önemi tıbben takdir edilerek sağlık sektörüne kanalize edilen kaynakların alternatif ihtiyaçlar arasında dağıtılması olarak anlaşılmaktadır. İhtiyaç ölçütü yaklaşımı ile sağlık hizmetlerinin finansmanında farklı yaklaşımlar mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin ihtiyaç yaklaşımı içinde finansmanına yönelik iki farklı yaklaşım vardır (Cooper, 1974, s. 92).

1.5.5.2.1. Cullis-West Ve İnelastik Talep Yaklaşımı

Sağlık durumundaki bir bozulma nedeniyle sağlık hizmeti talebiyle, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran, yani sağlık hizmeti talep eden bireyin, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti türü, niteliği ve miktarı konusunda bir bilgisi yoktur, örneğin, nefes darlığı hisseden bir hastanın, bu durumdan şüphelenmesi ve kontrol olma arzusunun uyanması, sağlık hizmetleri isteğidir. Hastanın bu durumun nedenini öğrenmek için bir sağlık kuruluşuna başvurması sağlık hizmetleri talebini oluşturur. Muayene ve tetkikler sonucunda bunun nedeninin kalpteki bir rahatsızlıktan olduğunun anlaşılması üzerine, gerçekten endişe verici bir problem olduğunun ve kontrol altına alınması gerektiğinin kararı doktor tarafından verilir, buda sağlık hizmeti ihtiyacı sürecini oluşturur. Nihayet veri bilgi düzeyi ve teknoloji ile hastanın opere edilmesi ve operasyon sonrası ilaçla tedavisinin verilmesi sağlık hizmetleri tüketimini oluşturur. Hastanın alacağı tedavi hizmetinin niteliği (anjio, kalp ameliyatı) ve tedavinin süresi (ilaçla tedavi) tamamen doktorun takdirine bırakılmaktadır. Hastanın ihtiyacı olan sağlık hizmeti konusunda bilgisi yoktur. Burada hastaya bırakılan tedavi paketini kabul etmek veya reddetmektir. Ancak, özellikle bildiri zorunlu hastalıklarda (kolera, kuduz, AIDS gibi), hastalığın yaratacağı negatif dışsallıklar dikkate alınarak, hastanın tedaviyi reddetme hakkı da yoktur. Burada tam bilgi ve rasyonel karar varsayımları mevcuttur.

Sağlık hizmeti tüketicisinin kendi inisiyatifi ile değil, doktorun takdiri ile sağlık hizmetleri talep ediyor olması nedeniyle, bu yaklaşım ihtiyaç yaklaşımı olarak adlandırılmaktadır; yani hastanın sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı, doktor tarafından, doktorun belirlediği düzeyde ve

bireyin başlangıç sağlık durumuna getirilmesi gereken türden belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç, hastayı tıbbi olarak belirlenen sağlık standartlarına getirmek cinsinden tanımlanmaktadır. Hastaya uygulanacak sağlık hizmeti, hastalığın belirtilerine, tıbbi teknolojiye ve doktorun teknik seçimi ile bilgi birikimine bağlıdır. Buradan çıkan sonuç, herhangi bir hastalıktan rahatsız olan bireyin sağlık hizmetleri için fiili talep eğrisi, inelastik ve düşey bir doğru şeklindedir (Cullis ve West, 1979, s. 199–200).



Şekil (1.6.)

İnelastik Talep Yaklaşımı

Şekil (1.6.)’da görüldüğü gibi, hasta doktorun belirlediği $0h$ kadar sağlık hizmeti talep edecek ve OP^*kH kadar ödemede bulunacaktır. OP^*kH aynı zamanda, hastanın doktor tarafından tedaviden beklenen faydanın değerini vermektedir, $E(B) = OP^*kH$. Tedavinin maliyeti, $OPIh$ kadardır. Tedavi paketinden beklenen fayda, OP^*kH , tedavi hizmeti maliyetini, $OPIh$, aşıyorsa hasta bu tedaviyi kabul edecektir.

$$OP^*kH > OPIh$$

Sağlık hizmetine olan talebin esnek olmayışı, sıfır fiyatla ve genel bir sağlık hizmeti sağlanması lehine, bireysel tüketim konusu olan sağlık karma malının sınırsız ve bedava sunumu aleyhine tüm görüşleri çürütmektedir (Akalin, 1986, s. 274). Sağlık hizmetlerinin tam sosyalizasyonunu öngören bu yaklaşım, uygun miktarda sağlık hizmeti satmalına gücü olmayanların korunmasını mümkün kılmaktadır. Toplumda korunması gereken kişiler tedavilerinin değeri, bütçe kısıtları nedeniyle tedavi maliyetlerinin altında olan, yoksul bireylerdir.

$$OP^*kH < OPIh$$

1.5.5.2.2. M. Cooper ve elastik talep yaklaşımı

Cooper'a göre ihtiyaç tezini, sıfır fiyatla arz ile yoksulların sağlık ihtiyaçlarını karşılayan kesin bir çözüm olarak düşünmek mümkün değildir. Sağlık hizmetleri talebinin inelastik

olduğu yargısı kesin değildir. Ani hastalık nedenler sonucu ortaya çıkan sağlık hizmetleri talebi inelastiktir; ancak, bireylerin kronikleşmiş rahatsızlıkları söz konusu olduğunda, sağlık hizmetleri talebi fiyat arttıkça azalan bir seyir izler. Daha teknik bir deyişle, bireylerin belli bir dönem boyunca devam eden rahatsızlığı nedeniyle sağlık hizmeti talebini yansıtan talep doğrusu, negatif eğimli, azalan bir eğridir (Cooper, 1974, s. 92). Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin tam sosyalizasyonu eşitlikçi olmasına karşın, ekonomik ve teknik açıdan etkin değildir. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri piyasa arzı, yoksullar için daha uygun politikalar geliştirmelidir (Akalin, 1986, s. 277–278).

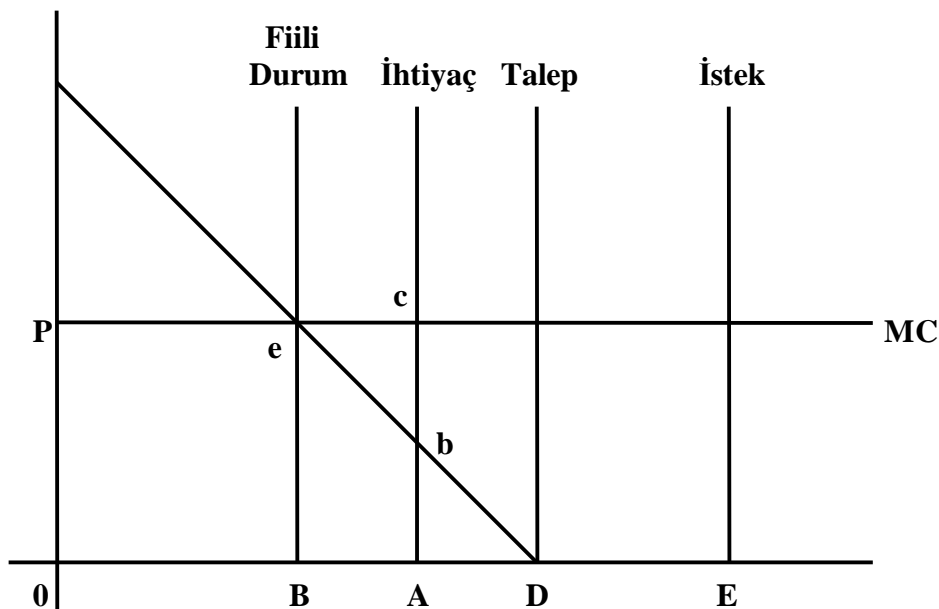
İhtiyaç yaklaşımı esnek talep durumuna uyarlandığında, maliyet artışı, $ecBA$, arzu edilen ödemeden, $ebAB$, ecb üçgeninin alanı kadar büyük olduğundan, $0A$ çıktı düzeyi optimali vermemektedir Şekil (1.6).

$$ecBA > ebAB$$

$$ecb = ecBA - ebAB$$

Sağlık hizmetleri ihtiyaç yaklaşımı temel alınarak sıfır fiyatla arz edildiğinde, sağlık hizmeti talebi, $0A$ 'yı aşarak $0D$ noktasına genişler (Cooper, 1974,s. 92).

İhtiyaç ölçütü dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin sıfır fiyatla arzı etkinlik tezidir ancak, sıfır fiyatla arz, talebi hizmetin marjinal faydasının sıfır olduğu noktaya kadar tüketilmesini teşvik eder. Toplum fakir bireylerin bu noktaya kadar tüketmesini isteyebilir fakat bireyin tüketimini, hizmetten sağladığı faydanın, topluma yüklediği maliyetten daha küçük olduğu noktaya taşırması, ekonomik etkinlik kuralını ihlal eder. Şekil (1.7) zengin A ve fakir B bireylerinin, esnek talep eğrilerine sahip olmaları durumunda ortaya çıkan etkisizlik durumunu göstermektedir.

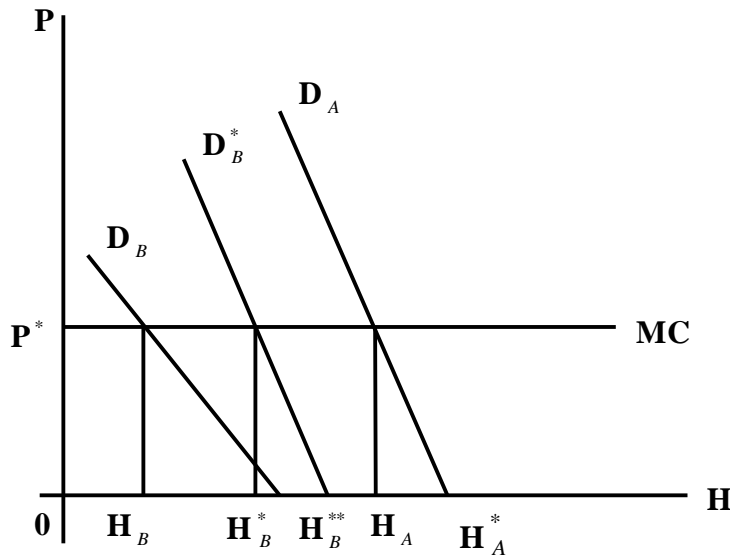


Şekil (1.7)

Elastik Talep Yaklaşımı

Piyasada sağlık hizmeti talebi üzerinde herhangi bir kontrol olmadığı durumda A bireyi, Oh_A kadar ve B bireyi Oh_B kadar sağlık hizmeti talep edeceklerdir. Eğer fakir B bireyinin sağlığındaki bir düzelmeye yaratacağı dışsal etkiler dikkate alınarak, B'nin tüketimi sübvansede edilecek olursa, fakir bireyin sağlık hizmeti talep doğrusu sağa doğru kayarak D_B^* konumuna kayacak ve talebi Oh_B^* ne kayacaktır. Sağlık hizmetleri sıfır fiyatla arz edilmesi durumunda talep Oh_B^{**} ve Oh_A^* ne yükselmektedir. Burada zengin A bireyinin tüketimi etkin olmayacak kadar yüksektir; çünkü A'nın sağlık hizmeti tüketiminden elde ettiği fayda, topluma yüklediği maliyetin altında kalmaktadır. Aynı şekilde fakir B bireyinin tüketimi de Oh_B^* aşıldığından etkin değildir (Cullis ve West, 1979, s. 87–88). Dolayısıyla sıfır fiyatla arz eşitlik ve etkinlik açısından, yeterli değildir. Toplumda ekonomik etkinliğin sağlanması açısından fakir bireylerde gelir-tamamlama yöntemi, etkinlik açısından sıfır fiyatla arza tercih edilmelidir (Akalin, 1986, s. 275).

İhtiyaç yaklaşımında, sağlık hizmetleri fiyatındaki düşme, talebi artırmamaktadır. Sağlık hizmeti maliyetini ödemeyenler, sıfır fiyatla arz durumunda da aynı miktar sağlık hizmeti talep etmektedirler. Böylece sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitlik sağlandığı gibi, sağlık hizmetlerinin adil bir vergilendirme yapısı içinde finanse edildiği varsayıldığında hizmet arzı nedeniyle kaynak tahsisinde etkinlik bozulmayacaktır (Akalin, 1986, s. 276).



Şekil (1.8)

Sıfır Fiyatla Arz Talebin Etkisi

1.5.5.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında York Ölçütü Yaklaşımı

York Ölçütü, klasik arz-talep yaklaşımının eksikliklerini gidermek için geliştirilmiş bir yöntemdir (Mortan ve Tokgöz, 1984, s. 22–24). York ölçülü yaklaşımında amaç, sağlık harcamalarının Ölçülmesi ve çıktı etkinliğinin hesaplanmasıdır. Metodun uygulanabilmesi, sağlık hizmetleri çıktı düzeyinin hesaplanmasına bağlıdır. Sağlık hizmetleri çıktı düzeyinin ölçülebilmesi ise, sağlık hizmeti teknik yapısının ayrıntılarıyla bilinmesini gerektirir.

York ölçütü yaklaşımında, önce kendisini iyi hisseden hastaların sayısı tespit edilir. Daha sonra, tedavi hizmetleri için bir hedef düzey belirlenir ve bu düzeye ulaşmaya kadar hastanın geçireceği tedavi aşamaları belirlenir. Her bir aşamada hastaya uygulanacak tedavi tespit edilerek, tedavi sürecinin toplam maliyeti bulunur. Bu şekilde bulunan tedavi hizmeti toplam maliyetleri, bireyin sağlığına kavuşmasının yaratacağı gelir ve tüketim etkisi ile karşılaştırılarak sonuca ulaşılır.

Son olarak, hasta bireyin hastalık dolayısıyla, rahatsızlığının derecesi tespit edilerek, tedavi sonrası çalışmayı ve hareketi engelleyici önerilerde bulunulur.

1.5.5.2.4.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Piyasa-Devlet Tercihi

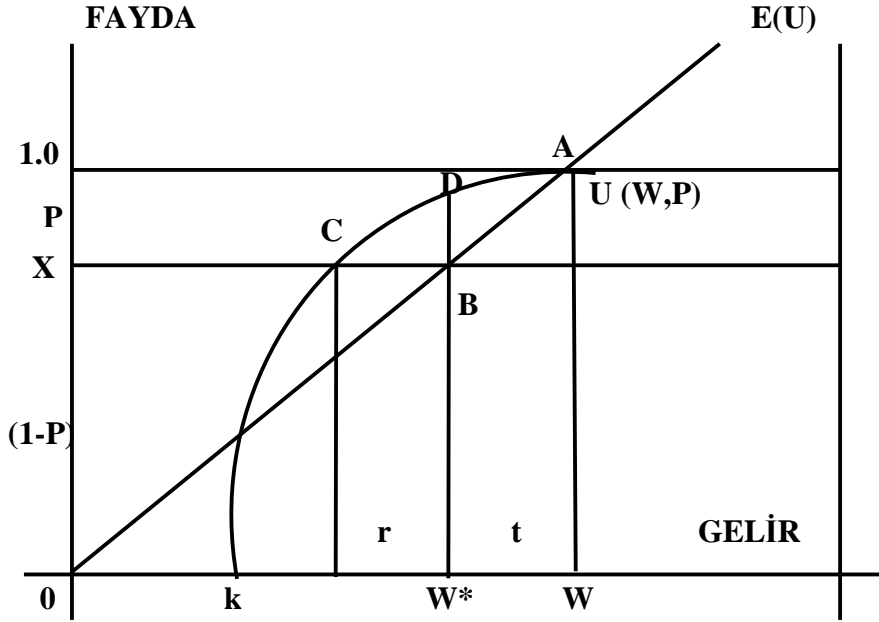
Ölüm ihtimali P ve hayatta kalma ihtimali $(1-P)$ olan bir birey düşünelim. Bireyin yaşaması halinde geliri W ve bu gelirden elde edeceği fayda $U(W)$ olup, birey fayda fonksiyonu üzerinde A noktasında yer almaktadır. Bu noktada bireyin ölme ihtimali sıfırdır. $U(W) = 0$, k gelir düzeyi, asgari hayatın idamesini sağlayacak, asgari ücret düzeyini temsil etmektedir ve bu noktanın altında kalan gelir düzeylerinde bireyin hayatta kalma ihtimali sıfır olmaktadır. Beklenen fayda doğrusu, bireyin hayatta kalma ihtimalleri karşısında, gelirinden elde etmeyi beklediği faydaları temsil etmektedir.

$$U(W,P) = (1-P)U(W) + PU(W)$$

$$PU(W) = 0$$

$$U(W,P) = (1-P)U(W)$$

OW gelir düzeyinde bulunan bireyin, ölme ihtimali P ve hayatta kalma ihtimali $(1-P)$ olduğundan, bu bireyin gelirinden beklediği fayda W_0A kadar olup, birey beklenen fayda doğrusu üzerinde B noktasında yer almaktadır. Şekil (1.9). Burada sorun, bireyin P ölüm riskini azaltmak için gelirinin ne kadarlık kısmından vazgeçeceğinin tespit edilmesidir.



Şekil (1.9)

Piyasa veya Kamu Sigorta Tercihi

1. Gelirin Yaşama İhtimalinden Bağımsız Olması Durumu: Bu durumda birey s kadarlık bir harcama yaparak sağlık stokunu yenileyecektir.

$$U(W-s, 0) = U(W, P)$$

2. Gelirin Yaşama İhtimaline Bağlı Olması Durumu: Bu durumda birey, gelirinin i kadarlık kısmını harcamaktadır. Birey t kadarlık bir sağlık harcaması yapması sonucunda geliri W^* 'a geriler, $W^* = (1-P)W$. Birey sağlık stokuna yaptığı yatırım sonrası P Ölüm ihtimalini azaltarak, fayda eğrisi üzerinde D noktasına geçer. Daha sonra birey P ölüm riskini yeniden düşürmek için gelirinin sadece r kadarlık kısmını harcamaktadır. Eğer birey ölüm riskine karşı nispeten duyarsız ise r 'nin değeri negatif olacaktır.

Her iki durumda da bireyin ölüm riskini azaltmak için gelirinden harcamaya razı olduğu miktar, veri gelir düzeyinden sağladığı faydaya bağlıdır. Risk yükseldikçe, bireylerin feda edeceği gelir miktarı da yükselecektir. Bu nedenle bireyler, ileride oluşacak hastalık veya ölüm riskini azaltmak için sağlık sigortası yaptıracaklardır (Fuchs ve Zeckhauser, 1987, s. 265–266). P ölüm riskine karşılık, gelecekte daha yüksek gelir kaybına uğrama riskinden kaçarak sigortalanmak isteyen birey, kamu ve özel sigortalar arasında seçim yapmak durumundadır.

1.5.5.2.4.1.Özel Sigorta Sistemi

Özel sigorta şirketlerinin tedavi maliyetlerine karşılık sigorta yaptığı, hasta olmanın verdiği ıstıraba karşı sigorta yapılmadığı varsayılmaktadır. Hastalık, gelirden elde edilen

tatmini azaltmaktadır. Bireyin gelecek dönem geliri W ve bu gelirden sağladığı tatmin $U(W)$ olsun. P hastalık veya ölüm riskini azaltmak isteyen bireyin s kadar harcama yapmaya razı olduğu düşünülürse, bireysel gelir $(W - s)$ 'ye ve bu servetten sağlanan fayda da $U(W - s)$ 'ye gerilemektedir. Bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma riski P ise, gelecek dönem geliri $W - PH$ olacaktır. Burada II , sağlık için feda edilen geliri göstermektedir. Hastalık riskinin analize alınması durumunda gelirden beklenen fayda, hastalığın ortaya çıkması durumundaki gelirin faydası, $PU(W - H)$ ile hastalığın ortaya çıkmaması durumundaki gelirin faydası $PU(W)$ toplamına eşittir.

$$PU(W - H) + (1 - P)U(W)$$

Hastalık veya ölüm riskinin P den P^* 'a düşürülmesi sonunda gelir W^* 'a gerilemektedir. Bu gelir düzeyinde, bireyin gelirinden beklediği fayda W^*B kadardır. Bu beklenen faydayı, hastalık riskine karşılık kaybedilen PH 'a eşit kılacak sigorta priminin faydası ile karşılaştırılırsa, $(W - H)$ 'in faydası (d) , gelirin faydasından (c) büyüktür. Gelirinin marjinal faydası azalan her birey, kesin kaybedilecek ve parasal olarak PH 'a eşit bir gelir kaybını, P ihtimaline göre kaybedilecek ve belirsiz, daha büyük bir gelir kaybına tercih etmektedir. Yani birey riskten kaçınmaktadır. Eşitliğin sağ tarafı bireyin sigortalanmaması ve riski üstlenmesi durumunu, sol tarafı ise bireyin sigortalanması ve riskten kaçınması halini ifade etmektedir.

$$(W - H) = P(W - H) = (1 - P)W$$

Sigorta şirketi maliyetleri ihmal edilir ve kar amacının bulunmadığı varsayılırsa, H maliyetli ve P ihtimalli bir hastalık riskine karşılık Ödenecek sağlık sigortası primi PH olacaktır.

Gelişmiş sermaye piyasasının bulunduğu ve sağlık sigortası sisteminin yerleşik olduğu ülkelerde, sağlık hizmetleri finansmanı, büyük ölçüde, özel Sağlık sigortası uygulaması ile yürütülmektedir. Özel sigortalanma durumunda bazı bireylerin düşük sigorta yaptırımları gündeme gelmektedir. Bunu önlemek için, asgari bir sağlık sigortası zorunlu tutulmaktadır. Devlete burada düşen görev, sağlık sigortası yaptıramayan yaşlı, sakat, çocuk gibi bakıma muhtaç insanları, kamusal sigorta kapsamına almak (Schnitzer ve Chen, 1972, s. 391–444), tam sigortalama için yeterli geliri olmayan bireylerin sigorta primlerini sübvansiyon etmek ve koruyucu sağlık hizmetlerini sıfır fiyatla arz etmektir. Sigorta primlerinin sübvansiyonunuzla en yaygın yöntem, ödenen prim toplamının belli bir oranının matrahtan düşülmesi oluşturmaktadır (Hurst ve Poullier, 1993, s. 7).

Kamu ve özel sağlık sigortasının birlikte bulunduğu durumda, bireyler sağlık sigortasının nispi etkinliklerini karşılaştırarak karar vereceklerdir. Kamusal sigorta seçiminde başlıca üç argüman vardır (Akalin, 1986, s. 288–293).

1. Yüklenmiş Fiyatlar: Yüklenmiş fiyatlar, sigorta şirketlerinin işletme maliyetlerinin ve kar amaçlarının olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Yüksek fiyatlar, piyasanın monopolist yapısından kaynaklanabileceği gibi rekabet zayıflığının yol açacağı etkinsizlikten de kaynaklanabilir. Yüklenmiş fiyatlar sigorta priminin t oranında olduğu varsayıldığında, ödenecek sigorta primi,

$$PH + t PH = (1 + t) PH$$

olacaktır, bu durumda bireyin geliri (W),

$$W^* = W - (1 + t) PH$$

olacaktır. Yüklenmiş fiyatların artması durumunda gelir, olmama durumuna kıyasla ($W - PH$) gelir daha da gerilemiştir.

$$W - PH > W - (1 + t) PH$$

Yüklenmiş fiyatların varlığı halinde birey, yüklenmiş fiyatlardan sigortalananın faydası, $U(W - (1 + t) PH)$, kendi kendini sigortalamanın faydasından, $PU(W - H) + (1 - P)U(W)$, büyük okluğu sürece özel sigorta şirketlerine sigortalacaktır.

$$U(W - (1 + t) PH) > PU(W - H) + (1 - P)U(W)$$

Bu durumda, ölçek ekonomileri yardımı ile aynı miktar fayda sağlayan, özel sigorta kuruluşlarına kıyasla daha düşük yüklenmiş fiyatlarla çalışan, kamu sigortası tercih edilecektir.

$$U(W - (1 + t) PH) < PU(W - H) + (1 - P)U(W)$$

2. Tersine Ayıklama: Tersine ayıklama durumu, sigorta şirketlerinin, sigortalanan birey hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları halinde ortaya çıkmaktadır. Bilgi yetersizliği, yüksek hastalık riskine sahip bireylerin bunu gizlemeleri durumunda veya doktorların rasyonel olmayan davranışları sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Sağlık sigortası primlerinin hastalık riskine uygun olarak artıp azaldığı sistemlerde son derece önemli bir sorundur. Hastalık riski yüksek olmasına karşın, bunu gizleyen bireylerin karşılaşacağı sigorta primi haksız olarak düşük olacaktır. Bu durum sigorta şirketlerinin maliyetlerini artıracak ve sigorta şirketleri de artan maliyetleri karşılayabilmek için, sigorta primlerini yükselteceklerdir. Bu durum, hastalık riski düşük olan bireylerin daha da yüklenmiş fiyatlardan sigortalınması sonucunu doğuracak ve düşük hastalık riskine sahip olanlar için caydırıcı etkiler yaratacaktır. Yüksek hastalık riskine sahip bireyler ise uygun bir prim üzerinden sigortalınma avantajına sahip olacaktır.

Tersine ayıklanma durumu, kamusal sigorta sistemlerinde de ortaya çıkabilmekte; ancak, zorunlu sigortalama uygulaması bu etkiyi azaltıcı etkiler yaratmaktadır. Tersine ayıklanma durumunun ortaya çıkışında diğer bir etken de, özel sigorta şirketleri arasındaki rekabetin ödenecek sigorta primi üzerinde yoğunlaşmasından kaynaklanmaktadır.

3. Moral Tehlike: Moral tehlike iki türdür. Birinci durum moral tehlike, bireyin hastalanıp, tedavi hizmeti talep etmesi durumunda ortaya çıkmaktadır. Birey hastalık riskine

karşı (P), sigortalı olduğu için, sağlık hizmetlerinden yararlanma karşılığında bedel ödemediği düşüncesinden hareketle, sağlığını koruma yolunda dikkat göstermeyecek, aksine sağlık hizmetleri talebini kalitatif ve kantitatif olarak artıracaktır. Bu yaklaşım sağlık harcamalarının (H) bir kez daha artıracaktır. Sigorta şirketlerinin sağlık harcamaları üzerinde bir denetimleri yoksa, fiyat elastik hizmetlere ilişkin sigortalamalara kısıtlamalar getirmek veya maliyetlerini karşılayacak şekilde sigorta primlerini yükseltmek zorunda kalacaklardır. Bu etki sonucunda sigortalama maliyetleri bir kez daha yükselecektir. Sigorta primi moral tehlikeyi (m) de içerecek şekilde yüklenirse, sigortalı olmanın sağlayacağı yarar, yüksek primler karşısında yok olabilecektir.

$$(1+t)PH > U P(W-(1+t+m)H) + (1-P) U(W)$$

Moral tehlikeyi elimine edecek diğer bir yöntem matrahtan indirim metodudur. Bu metotta birey, sağlık harcamalarını önce kendisi üstlenmekte ve daha sonra sağlık harcamaları toplamını yıllık bildirimle tamamen veya kısmen matrahtan düşmektedir. Bu yöntemde, sağlık hizmetleri talebini tayınlamada gelir esas alınmaktadır. Ortak sigortalama, yani sağlık harcamalarının belli bir kısmının bireylerin karşılaması, moral tehlikeyi azaltmakta ancak, sigortadan beklenen faydayı azaltmaktadır.

İkinci moral tehlike, hastalık veya ölüm ihtimalini etkileyen tehlikelerdir; yani sigortalı olma durumu bireylerde, kendi sağlıklarına dikkat etmeme gibi bir moral tehlike yaratmaktadır. Bu olumsuz düşünce, yüklenmiş fiyatların daha da yükselmesine yol açmaktadır. Matrahtan düşme, ortak sigorta ve prim düşürme yaklaşımları, bireyin hasta olma ihtimalini azaltarak, t 'yi azaltacaktır.

4. Zorunlu Sigortalama: Zorunlu sigortalama uygulaması, ölçek ekonomilerinin doğmasına ve dışsallıkların içselleştirilmesine yol açar. Zorunlu sigortalama, yüklenmiş fiyatları düşüreceğinden, bireyler çoğunlukla zorunlu kamu sağlık sigortasını tercih edeceklerdir. Zorunlu sağlık sigortasında bireylerin gelirleri, tazmin edilmeksizin düşmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

2.DÜNDEN BUGÜNE TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKASI

2.1. 1920-1938 DÖNEMİ

Kuruluşu 1920 yılında gerçekleştirilmiş olan Sağlık Bakanlığı 1920–1938 yılları arasında birçok alanda yasal düzenlemeler yapmıştır. Günün koşulları dikkate alındığında öncelik arz eden bu düzenlemelerin hedefleri;

- Savaş sonrası problemlerin çözülmesi,
- Sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi,
- Merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan örgütlenmenin oluşturulması,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması biçiminde şekillenmiştir.

Bu dönemde başlatılan başta sıtma, frengi, trahom olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla ilgili dikey örgütlenmeler, şu anki yapılanma içinde de mevcudiyetini sürdürmektedir.

O günün özelliklerine göre kurulan Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Okulu, Dispanser, Sağlık Merkezi ve Sağlık Ocağı gibi yapılanmalar değişikliğe uğramadan günümüzde de uygulama alanı bulmuştur.

Yine aynı dönemde çıkarılan;

- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun,
- 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu,
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin

Kanunu,

— 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun,

Çeşitli değişikliklere uğramakla beraber günümüz mevzuatı içinde yerlerini hala korumaktadır.

2.2. 1938–1960 DÖNEMİ

Bu dönemde merkezi yapıyı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar yapılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası oluşan sıtma, çiçek, frengi ve cüzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmış, hastalıklara özgün hastalık merkezli dikey

örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun başlangıcını oluşturan İşçi Sigortaları Kurumu oluşturulmuş, böylece Sağlık Bakanlığı'nın ülkeleri hizmet istihdam alanındaki tekeli kaldırılmıştır.

Emekli Sandığı'nın oluşumuyla ilgili çalışmalarda bu dönemde yapılarak sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlamıştır. İl Özel İdareleri yerel yönetimle tarafından yürütülen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Bölgesel örgüt yapılanmaları bu döneme rastlar. Bölge numune hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması da bu dönemin eserlerindedir. Köyden başlayarak, sağlık ocaklarının yaygınlaştırılması yine aynı yıllarda ivme kazanmıştır.

O yıllarda çıkarılan birçok yasa şu anda yürürlükte olup, sağlık yapılanmalarımızın temelini oluşturmaktadır.

—1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler Hakkında Kanun,

— 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanun,

— 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,

— 1954 tarih ve 6283 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu,

Bu yasaların başlıcalarını oluşturmaktadır.

2.3.1961–1980 DÖNEMİ

Bu dönemde farklı sağlık politikaları tartışılmaya başlanmış, ancak sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşü benimsenmiştir. 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonuna ilişkin Kanun yürürlüğe girmiş, 1963 yılından itibaren de uygulama alanı bulmuştur. 1980'e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir.

Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar sağlık ocağı bünyesinde entegre hale getirilmiştir. Sosyalleştirme pilot uygulamalarla başlamış ve bu kapsamda çalışan doktorların serbest olarak çalışması yasayla engellenmiştir. Sosyalleşmenin on beş yılda tüm ülke geneline yayılması öngörülmesine rağmen başarılı olunamamıştır. Sosyalleştirme yasasının mimarı Nusret Fişek'e göre başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür.

1960 sonrası planlı döneme geçilmiş ve beş yıllık kalkınma planları bu tarihten itibaren sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. 1. Beş Yıllık Kalkınma Planında da sosyalleştirme politikalarını esas alan programlar oluşturulmuştur.

Genel Sağlık Sigortası kavramı üzerindeki tartışmalarda bu yıllarda başlamıştır. İlk olarak Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortası

kurulması öngörülmüş, 1971 yılında genel Sağlık Sigortası yasa tasarısı TBMM'ne sunulmuş, ancak kabul edilmemiştir.

Bu dönemde hazırlanan bütün yasa, tüzük ve genelgeler, sosyalleştirmenin ana temeline dayanan düzenlemeleri hedeflemiştir.

2.4.1980'DEN BUGÜNE

1982 Anayasası, sağlık hizmeti ve yönetiminde 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler içermektedir. 60. maddesi herkesin “sosyal güvenlik hakkına sahip oluşunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini” içerir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 58. Maddesinde “Genel Sağlık Sigortası Kurulabilir” şeklinde ifade edilmiştir.

Seksenli yıllar, 1961'de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi yönünde çaba sarf edilmiştir. Sağlıkta finansman yönteminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş ancak bu konudaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Ancak, bu kanunun hayata geçirilmesini sağlayacak düzenlemeler günümüze kadar hazırlanamamıştır.

1990 yılında DPT tarafından sağlık sektörü ile ilgili mastır planı hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1.Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmış, bu toplantı ile yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. 1990'ların başlarında ikinci dalga sağlık reformlarına tanık olunmuş, ancak bu çalışmalar, dönemin içinde bulunduğu ekonomik ve politik istikrarsızlık, eksik toplumsal destek, demokratik kültür eksikliği ve entelektüel birikim eksikliği gibi nedenlerden dolayı yasalaşma sürecini tamamlayamamıştır (Yıldırım, 2006, s. 1). 1990-1991 yılında “Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü” kuruluş çalışmaları yaparak faaliyete geçti. Bunun ilk adımı da 1992'de “1. Ulusal Sağlık Kongresi” olmuştur. 1993 yılında toplanan “2.Ulusal Sağlık Kongresi”nde ulusal sağlık politikaları belirlenmiş diğer yandan aynı yıl sosyal güvenlik şemsiyesi kapsamı dışında kalan yoksul bireyler için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. 1993 yılında “Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı”, “Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı”, “Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı” ve “Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı” hazırlanmıştır (<http://www.ses.org.tr/basinaciklamalari>).

1993 yılında toplanan 2. Sağlık Kongresinde alınan kararlar paralelinde günümüze kadar gelen birtakım düzenlemeler yapılmış, ancak istenilen sonuçlar alınamamıştır. Hastanelerin özzerkleşmesi ve özelleşmesi konusunda yapılan çalışmalar sonuçsuz kalmıştır (www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum).

1996 Yılında "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu", "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri" ve "Aile Hekimliği Kanunu" ile "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu" tasarısı hazırlanmıştır.

1999 Yılında "Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu" tasarısını yayınlamıştır. 2003 yılında IMF ve Dünya Bankasının direktifleri ile "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" hayata geçirilmeye çalışılmaktadır.

2.5.SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT DURUM

2.5.1.Yasal Durum

Türkiye’de yönetim örgütünün kuruluş ve görevleri merkezden yönetim ve yerinden yönetim kurallarına dayanmaktadır. Yönetim, kuruluş ve görevleri ile bir bütündür ve yasa, tüzük, yönerge, sürekli emir, geleneklere göre düzenlenir. Türkiye, merkez yönetimi bakımından, coğrafya durumuna, ekonomik koşullara, ulaşım ve kamu hizmetlerinin gereklerine göre illere, iller ilçelere ve ilçelerde köylere bölünmüştür. İllerin yönetimi “yetki genişliği” kuralına dayanmaktadır (Öztekin, 2004, s. 67).

Yerel yönetimler ise il, ilçe ve köy halkının ortak yerel gereksinimlerini karşılayan ve genel karar organlarını halkın seçtiği “kamu tüzel kişilikleri”dir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ilişkin en belirgin özellik, “karmaşık örgütlenmedir. T.C. Anayasasına göre, sağlık hizmetlerinin planlanmasından ve sunulmasından birinci derecede sorumlu olan kurum, Sağlık Bakanlığıdır. Ancak ülkemizde sağlık hizmeti sunan tek kurum sağlık bakanlığı değildir. Diğer bazı bakanlıklar (Milli Eğitim, Ulaştırma gibi), kamu iktisadi kuruluşları, bankalar, üniversiteler, silahlı kuvvetler, bazı sivil toplum kuruluşları, özel sektör de doğrudan sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu karmaşık yapıdan dolayıdır ki; risk gruplarının belirlenmesi, nüfus tespiti, kaynakların uygun bir şekilde dağılımı, hizmetin değerlendirilmesi, kayıtların tutulması ve birleştirilmesi, planlama yapılması, gibi konularda önemli sorunlar yaşanmaktadır.

Diğer yandan, bütün bu karmaşık yapı içinde, Sağlık bakanlığı, ülke düzeyindeki sağlık hizmetlerinin sorumlusu ve yaygın hizmet ağına sahip olan en önemli kurumdur.

2.5.2. Demografik ve Epidemiyolojik Durum

Yaklaşık altmış sekiz milyon (2002 nüfus sayımına göre) nüfus barındıran ülkemiz dünyanın en kalabalık 20 ülkesinden biridir. Geçmişteki yüksek doğurganlık ve büyüme oranları sonucunda genç bir nüfus yapısı ortaya çıkmıştır. Nüfusun %30’u 15, yaklaşık %11’i beş yaşın altındadır. %38 civarında kadın 15 – 49 yaş arasında doğurgan olan yaş

gurubundadır. Ancak bu oranda düşme eğilimi görülmektedir. Toplam doğurganlık sayısı, 70'lerin başlarında kadın başına ortalama 5 çocuk iken, bu sayı 1990'larda 3'ün altına düşmüştür. Günümüzde ise 2 civarındadır.

Türkiye nüfusunun sağlık durumunun, hem mutlak olarak hem de aynı gelir düzeyine sahip diğer ülkelerle karşılaştırıldığında iyi düzeyde olmadığı bir gerçektir. Sektör baştan aşağı sorunludur ama bazı sorunların öncelikli bir şekilde acil olarak ele alınması gerekmektedir. Bunların başında hala yüksek olan anne ölüm oranı gelmektedir.

İkinci önemli bir sorun da bebek ölüm oranlarının yüksekliğidir. Her ne kadar bu oran 1970 yılında 1000 canlı doğumda 150 üzerinde iken, 1998 yılında 1000 canlı doğumda 40 civarına indirilmiş ve son yıllarda biraz aşağı çekilmişse de, hala Avrupa'daki diğer birçok ülkeden kötü durumdadır.

Gebelerin yeterince takip edilmemesi, doğum sırası ve sonrasındaki tıbbi müdahale ve bakım yetersizlikleri gibi faktörler bebek ölüm oranlarının yüksek olmasının nedenlerindedir. Öncelikli hususlardan bir diğeri de, hem kırsal ve kentsel yerleşim bölgeleri arasında, hem de bölgeler arasında sağlık göstergelerinde büyük farklılıklar bulunmasıdır. Sağlık politikaları geliştirirken ve planlarken bu noktaların önemle dikkate alınması gerekmektedir.

Ülkemiz ekonomik bir güç olarak dünya ölçeğinde 17. sırada yer alırken sağlık ve eğitim ve eğitimin içinde olduğu sosyal göstergelere göre hazırlanan insani gelişim indeksinde 86. sırada yer almaktadır. (<http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar>).

2.5.3. Sağlık Düzeyi

Yakın geçmişte kaydedilen önemli ilerlemelere rağmen, Türkiye hala sağlık düzeyi bakımından orta gelirli ülkelerin çoğunun gerisindedir. Ülkemizdeki epidemiyolojik veriler ortaya koymaktadır ki, Türkiye'deki ölüm olaylarının en yaygın nedenleri önlenemez ve kontrol edilebilir nedenlerdir. Toplam sağlık harcamaları içinden temel sağlık hizmetleri için ayrılan payın %2'ler düzeyinde oluşu da bu durumu doğrular niteliktedir. Nüfusun büyük bölümünün kırsal alanda yaşadığı dönemlerde, kırsal hizmetlere ağırlık verilmişti. Ancak, ülkemiz nüfusu giderek artan oranda kentleşmektedir.

Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırıldığında Türkiye'nin demografik profili daha gençtir. 1990 yılında 15 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranı %35, 65 yaş ve üzerindeki ise %4,2 iken, 1996 yılında bu rakamlar %31,7 ve %4,8 olmuştur. 2025 yılında da 15 yaş altındaki nüfusun %22,9 ve 65 yaş ve üzeri nüfusun %9,0 olması beklenmektedir. (<http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/tanritan>).

Bu rakamlar göstermektedir ki, sağlık hizmetlerinde yapılan iyileştirmeler sonucu Türkiye'nin nüfusu giderek yaşlanmaktadır.

Türkiye’de kaba doğum hızı 1990 yılında binde 24,8, 1996’da binde 23 iken 2002’de binde 19,7, 2003’de binde 19,5, 2004’de 19,2, 2005’de binde 19 dur.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre çocukların sağlık düzeyleri dünyanın diğer ülkeleriyle karşılaştırıldığında Türkiye 129 ülke arasında 61.sırada yer almaktadır.

Tablo (2.1) Demografik Göstergelerde Gelişmeler

Demografik Göstergeler (1)	Birim	2002	2003	2004	2005
Toplam Nüfus (Yıl Ortası)	Bin Kişi	69 388	70 363	71 332	72 294
Toplam Nüfus (Yıl Sonu)	Bin Kişi	69 875	70 847	71 813	72 774
Yıllık Fiili Nüfus Artış Hızı	Yüzde	1,41	1,38	1,35	1,33
Yıllık Doğal Nüfus Artış Hızı (2) Yüzde		1,34	1,31	1,28	1,26
Kaba Doğum Hızı	Binde	19,7	19,5	19,2	19,0
Kaba Ölüm Hızı	Binde	6,3	6,3	6,4	6,4
Toplam Doğurganlık Hızı	Çocuk Sayısı	2,25	2,23	2,22	2,20
Bebek Ölüm Hızı	Binde	28,5	27,7	26,9	26,2
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi					
Toplam	Yıl	70,4	70,5	70,7	70,8
Erkek	Yıl	68,1	68,2	68,3	68,5
Kadın	Yıl	72,8	73,0	73,1	73,3
Nüfusun Üç Ana Yaş Grubu İtibarıyla Dağılımı					
0-14 Yaş Grubu	Yüzde	29,5	29,2	28,8	28,4
15-64 Yaş Grubu	Yüzde	65,5	65,2	65,5	65,7
65 + Yaş Grubu	Yüzde	5,5	5,6	5,7	5,9

Kaynak: DİE, DPT

1) 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının (TNSA) ilk sonuçlarına göre DİE, DPT ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından hazırlanan geçici projeksiyonlar.

(2) Göçleri kapsamamaktadır.

Bütün annelerin üçte ikisinden az bölümü doğum öncesi bakım almakta ve üçte birinden az bölümüne de tam doz tetanos toksin enjeksiyonları verilebilmektedir. Ortalama olarak 5 doğumdan sadece 2'sinde (%40) doktor hazır bulunmaktadır. En yoksul kesimdeki kadınların sadece %11.6'sı, buna karşılık en zengin kesimdeki kadınların % 72.3'ü kontrollü doğum yapmaktadır. Orta gelirli ülkelerde bu oran % 90'ın üzerindedir. 5 yaş altında ölüm nedenlerinin başında, perinatal sebepler gelmektedir. 5 yaş üzeri ölüm nedenlerinde ise kalp hastalıkları, beyin-damar hastalıkları, şeker hastalığı ve kanser gibi hastalıklar ön plana çıkmaktadır. Bu veriler, bir yandan önceleri baskın olan enfeksiyon hastalıklarının ağırlığı ve

öneminin azaldığını, bir yandan da kronik hastalıklara doğru epidemiyolojik bir geçişin yaşandığını göstermektedir. Bu geçiş döneminde, hem bulaşıcı hastalıklara hem de kronik hastalıklara sağlık planlayıcılarının aynı önceliği vermesi gerekmektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi, sağlık göstergeleri açısından kırsal alanlarımız ile kentlerimiz, doğu ile batı bölgelerimiz arasında önemli farklılıklar vardır. Bu farklılıklar, büyük şehirlerin merkez semtleri ile gecekondü kesimleri arasında bile göze çarpmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutan bağışıklama oranlarımız da bu çerçevede yeniden değerlendirilmelidir.

2000 yılı genel nüfus sayımına dayanarak yapılan nüfus projeksiyonları, ülkemizin 2010 yılında 78, 2015 yılında ise 92 milyonluk bir nüfusa ulaşacağını göstermektedir. Ülkemizin yıllık nüfus artışı binde 18 olarak ortaya çıkmaktadır. Bu rakam, birçok ülkeye göre yüksek bir oranı ifade etmektedir. Nüfus yapısında gözlenen değişim, nüfusun yaşlanmasını beraberinde getirmektedir. Geçmişteki eğilimlere bakarak, nüfus piramidinde önemli değişiklikler beklenmektedir. Gelecek 20 yılda 20–54 yaş grubu nüfusun iki katına çıkacağı ve yaşlı nüfus oranının % 10'a ulaşacağı tahmin edilmektedir (www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf).

Doğuştaki beklenen yaşam süresi erkekler için 66, kadınlar için 71 civarında olup, bu süre OECD ülkeler ortalamasının 10 yıl altındadır.

Bugün nüfusumuzun % 65'i kentlerde yaşamakta; yapılan projeksiyonlar ise kentsel oranın yakın gelecekte %80'i bulacağını göstermektedir. Ülkemizin yaşadığı hızlı kentleşme süreci çeşitli sorunlara yol açmış, alt yapı ve şehircilik hizmetlerinin sunulduğu gibi sağlanamamış ve gecekondü semtleri ortaya çıkmıştır. Buna paralel olarak da sağlık hizmetlerinin sunumundaki sorunlar katlanarak büyümüştür.

2.6. SAĞLIK BAKANLIĞININ MEVCUT YAPISI

Sağlık hizmetleri yönetimi açısından “merkezi idare” Sağlık Bakanlığını akla getirir. Sağlık Bakanlığının kuruluş ve görevlerine ilişkin kurallar 13.12.1983 tarih ve 181 Sayılı Kanun Hükmündeki Kararname’de belirtilmiştir. Bakanlığın örgütlenmesi ile bir kanunun çıkartılması çalışmaları sürmektedir. Söz konusu kararnamenin amacı, herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren etkenlerle mücadele etmek ve halka sağlık ve sosyal yardım hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir.

Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurtiçindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak olarak sıralanabilir (Öztekin, 2004, s. 69).

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı, merkez teşkilatı ve taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır.

2.6.1. Sağlık Bakanlığının Amacı ve Görevleri

— Herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için ve fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, sağlıkla ilgili her türlü tedbir almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmaktır.

— Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, hasta olanları tedavi iyileştirerek tedavi edici hekimlik ile yaşlı ve sakatlara hizmet vererek, rehabilitasyon hizmetlerini yapmak.

— Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini gerçekleştirmek.

— İlaç, uyuşturucu ve psikoaktif maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol etmek ve denetlemek, bu tür farmasötik ve tıbbi madde üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak ve bunları denetlemek.

— Gerekli aşı serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak.

— Temel sorumluluk kendisine ait olmakla beraber, Tarım ve Köy işleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği yapmak koşuluyla gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek.

— Mahalli idareler ve diğer ilgili kuruluşlarla işbirliği suretiyle, çevre sağlığı konusunda gerekli tedbirleri almak.

— Bulaşıcı ve salgın hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak.

— Tüm bu hizmetlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurarak bunları işletmek, meslek personelini yetiştirmek.

— Kanser, verem ve sıtma savaş hizmetlerini yürütmek, bu konuda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak.

— Korumaya, yardıma ve bakıma muhtaç çocuk, sakat ve yaşlıların korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını çalışan ana ve babaların çocuklarının bakımını sağlamak üzere gerekli hizmetleri yürütmek, yoksulluk içinde bulunan kişi ve ailelere imkanlar ölçüsünde yardımda bulunmak.

— Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurtiçindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak olarak sıralanabilir (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>).

2.6.2. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı

Bakanlık merkez teşkilatı ana hizmet birimleri, danışma ve denetim birimleri ve yardımcı birimlerden oluşmaktadır.

Bakanlık Makamı: Bakan, Müsteşar, Müsteşar Yardımcıları.

Ana hizmet birimleri: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı, Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı, Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı, Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı.

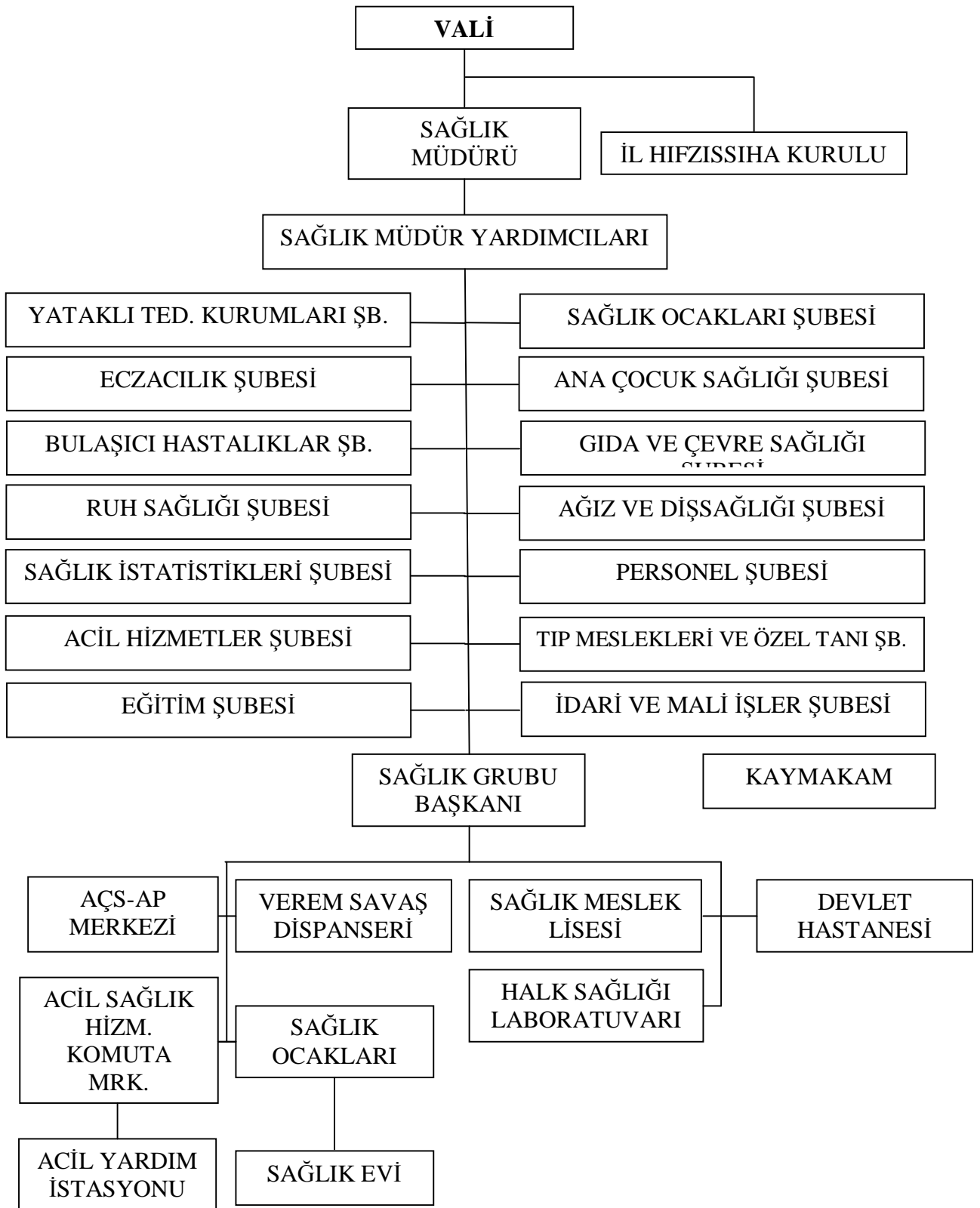
Danışma ve Denetim Birimleri: Teftiş Kurulu Başkanlığı, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği, Bakan Müşavirleri, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği.

Yardımcı Birimler: Personel Genel Müdürlüğü, İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı, Savunma Sekreterliği, Özel Kalem Müdürlüğü.

2.6.3. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

Kurumların merkez birimleri dışındaki örgütlere taşra örgütü denir. Sağlık Bakanlığı taşra örgütü il, ilçe, belde ve köylere hizmet götüren sağlık bakanlığı birimleridir. İllerde il sağlık müdürlüğü olarak hizmet veren taşra örgütü, ilçelerde sağlık grup başkanlığı adını alır. Bu yapılanma şu şekildedir.

Tablo (2.2) Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı



2.6.3.1. İl Sağlık Müdürlüğü

Bakanlığın illerdeki temsilcileri valilerdir. Valiler adına hizmetler, “İl Sağlık Müdürlükleri” tarafından yürütülür. Sağlık müdürleri valilerin sağlık alanındaki müşavirleridir. Bakanlığın ildeki her türlü hizmetini yürütmek Sağlık müdürlüğünün sorumluluğundadır. Sağlık müdürlüğünde nüfusa oranlı yeterli müdür yardımcısı ve aşağıdaki şubeleri bulunmaktadır.

- Personel Şube Müdürlüğü
- İdari ve Mali İşler Şube Müdürlüğü
- İstatistik Şube Müdürlüğü
- Eğitim Şube Müdürlüğü
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürlüğü
- Çevre Sağlığı Şube Müdürlüğü
- Sağlık Ocakları Şube Müdürlüğü
- Yataklı Tedavi Kurumları Şube Müdürlüğü
- Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü
- Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama Şube Müdürlüğü

2.6.3.2. İlçelerde Sağlık Yönetimi

Ülkemizde birçok bakanlığın ilçelerde müdürlüğü olmasına karşın, sağlık bakanlığının ilçelerde müdürlüğü yoktur. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki yasaya göre, 8–10 sağlık bölgesi için ya da yaklaşık 100.000 nüfusluk bölgelerde birer Sağlık Grup Başkanlığı kurulur. Sağlık Grup Başkanlıkları kendilerine bağlı sağlık ocakları ile İl Sağlık Müdürlükleri arasındaki bağlantıyı sağlarlar. Sağlık Grup Başkanları; bölgenin sağlık düzeyinin sürekli olarak izlenmesi ve değerlendirmesi, hizmetlerin planlanması, denetimi, personel eğitimi, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve halkın eğitimi gibi görevleri üstlenmişlerdir.

2.6.3.3. İldeki Başlıca Sağlık Kuruluşları

İllerde Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak hizmet veren kuruluşlar şu şekilde sıralanmıştır. Ancak; bunların bazıları her ilde bulunmaz.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları:

- Sağlık evi
- Köy tipi sağlık ocağı
- İlçe tipi sağlık ocağı
- İl tipi sağlık ocağı

- Verem Savaş Dispanserleri
- AÇS-AP merkezi
- Ruh sağlığı dispanseri
- Deri ve tenasül hastalıkları dispanseri
- Cüzam savaş dispanseri
- Hudut- sahil ve hava limanı denetleme merkezi

İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları:

- Sağlık merkezi
- Devlet hastanesi
- Eğitim hastanesi

Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları:

- Doğum ve çocuk bakımevi
- Çocuk hastanesi
- Göğüs hastalıkları hastanesi
- Göğüs-kalp ve damar cerrahisi merkezi
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi
- Kemik hastalıkları hastanesi
- Onkoloji hastanesi
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi
- Deri ve tenasül hastalıkları hastanesi
- Lepra hastanesi
- Diş hastanesi

Laboratuvarlar:

- Bölge hıfzıssıha enstitüsü
- Halk sağlığı laboratuvarı
- Sıtma Enstitüsü
- Sıtma laboratuvarı
- Sıtma kontrol laboratuvarı

Örgün Eğitim Kuruluşları:

- Sağlık Meslek Lisesi
- Sağlık Eğitim Enstitüsü

Yardımcı Birimler:

- Bölge Ana Depo ve Tamirhane Müdürlüğü
- İl Tamirhane Müdürlüğü (Öztekin, 2004, s. 86–89).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.EKONOMİK ETKİNLİK VE HASTA MEMNUNİYETİ AÇILARINDAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

3.1. EKONOMİK AÇIDAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN YERİ VE ÖNEMİ

Sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına dönük olarak sunulması, oldukça pahalı ve birim maliyetleri yüksektir. Bu nedendir ki sağlık yatırımları, ekonomiye kısa vadede üretim olarak geri dönüşümün hesaplanması mümkün olmayan yatırımlardır.

Diğer taraftan gelişen toplum yapısı, sağlık hizmetlerine olan talebi süratle artırmakta ve kaçınılmaz bir arz ve talep dengesizliği ortaya çıkarmaktadır. İnsanlar normal koşullarda hiçbir şekilde sağlıklarından fedakarlık etmeye razı olmamaktadırlar. Ekonomik durgunluk dönemlerinde yiyecek, giyecek, eğlence, mesken vb. birçok konuda tasarrufa yönelen insanlar ve kemer sıkmayı tavsiye eden yönetimler, hastalık halinde tüm olanakların tek bir kişi için bile kullanılmasında hem fikir olmaktadır. Dolayısıyla diğer mal ve hizmetlerde söz konusu olabilen tasarrufun, sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda düşünülmesi mümkün değildir. Bu da hastaneleri devamlı yatırım yapmaya sevk eden bir etkidir.

Bu durumda sağlık hizmetlerini yeterli bir seviyeye getirmek, hemen her ülkede önde gelen bir amaç olmaktadır. Çünkü kalkınma ekonomisinin ortaya koyduğu bulgulara göre, bir ulusal ekonomide belli bir mal ve hizmetlerin üretim ve dağıtımında sürekli artış elde edilmesi, o ülkenin kalkınması için yeterli olmamaktadır. Bu ekonomik büyüme yanında gelir dağılımını ve toplumsal yaşamı bütünüyle olumlu yönde etkileyen temel hizmetlerin de yeterince üretilmesi ve dengeli bir şekilde dağılımının sağlanması gerekmektedir. Söz konusu hizmetlerin başında ise, doğrudan doğruya insana yönelik olan sağlık ve eğitim hizmetleri yer almaktadır. Bu hizmetlerden yeterince ve eşit bir şekilde yararlanabilen insanların oluşturduğu toplumlar çağımızda uygar toplum sayılmaktadır.

Bu bakımdan, geri kalmış ülkelerin kalkınmalarını engelleyen sadece sermaye ve teknoloji yetersizliği değil, belki daha önemlisi teknoloji kıtlığıdır. Bu ülkeler, her türlü üretimin temel ögesini oluşturan insanı sağlıklı, iyi beslenmiş ve eğitilmiş hale getirdikçe ekonomik büyümeyi kalkınmaya dönüştürebileceklerdir (Serin ve Çakıcı, 1990, s. 40).

Sağlık hizmetleri kıt mallardan olup, üretilmesi gerekmektedir. Her insanın yaşamını sürdürmesi için yararlanmak isteyeceği bu hizmetin sağladığı temel yarar, kişinin sağlığı ile ilgilidir. Sağlık denilince de kişinin fiziksel ve toplumsal çevreyle ilişkili olarak vücut ve kafasının düzenli bir biçimde çalışması anlatılmak istenmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel

yararının sürekli olabilmesi ancak hastanelerin, kendilerini devamlı yenileyecek yatırımlara girişmeleri ile mümkündür.

Sağlık hizmetleri sektöründe kişi yararının yanı sıra toplumsal yarar ölçütü de “sosyal devlet” görüşü ile birlikte önem kazanmış bulunmaktadır. Özellikle bulaşıcı hastalıklara yol açan etkenlerin ve bulaşma sürecinin belirlenmesi konusunda çok başarılı sonuçların alınmasıyla kişinin sağlığı ile toplumun sağlığı arasındaki yakın ilişki de açığa kavuşmuş ve “kamu sağlığı” kavramı ortaya çıkmıştır (Fuchs, 1973, s. 144).

3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN YARARLARI

Sağlık hizmetleri tüketiminin sağladığı faydalar, ekonomik ve ekonomik olmayan faydalar olmak üzere iki grupta toplanabilir.

3.2.1. Ekonomik Olmayan Yararlar

Bireylerin sağlık hizmeti tüketmelerinin sonucunda kendilerini psikolojik olarak sağlıklı hissetmeleri, bu hizmetlerin tüketilmesinin sağladığı ekonomik olmayan faydadır. Bireylerin kendilerini normal hissettikleri sağlık düzeyinin korunması veya bu düzeyden sapmaların giderilmesinin bireyde yaratacağı moral ve tatmin, sağlık hizmetlerinin ekonomik olmayan faydalarıdır (Alpugan, 1984, s. 162).

3.2.2. Ekonomik Yararlar

Bireyin kendisini iyi hissettiği sağlık düzeyinin korunması ve bu düzeyden sapmaların giderilmesi, ekonomide tüketim ve gelir etkileri yaratır. Tüketim etkisi, sağlıklı bireyin tüketiminin, sağlıklı bireye kıyasla daha yüksek olacağı varsayımına dayanmaktadır. Gelir etkisi ise, sağlıklı olmanın sağlayacağı işgücü ve işgücü kaybının önlenmesi sonucunda üretimin artmasıdır. Ayrıca sağlıklı bireyin üretim verimliliğinin daha yüksek olması, üretim etkisinin bir diğer yönüdür (Alpugan, 1984, s. 162).

Shultz ve Muskin’e göre sağlık, insan sermayesinin bir unsuru olup, sağlık harcamaları ise bir yatırım niteliğindedir (Alpugan, 1984, s. 163). Sağlık hizmeti girdileri ve bunlar için yapılan harcamalar, sağlık yatırımlarıdır. Sağlık yatırımları, ekonomide fertlerin üretici güçlerinin korunması ve gelecekte ortaya çıkabilecek daha büyük harcamaları önlemesi şeklinde iki ekonomik fayda yaratır.

Sağlık hizmetlerinden sağlanan ekonomik yararları, parasal yararlar olarak tanımlayan (Cullis ve West, 1979, s. 31), toplum sağlık düzeyinin korunmasının sağlayacağı faydaları bir tablo halinde özetlemiştir.

Tablo (3.1) Toplum Sağlık Düzeyinin Yükseltilmesinin Sağlayacağı Potansiyel Yararlar

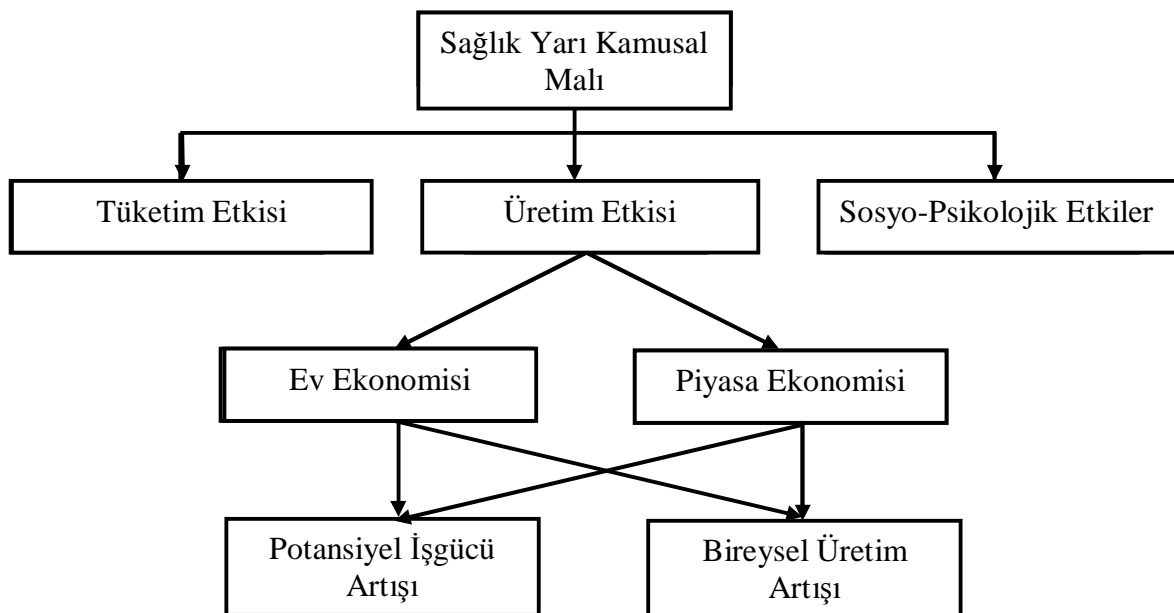
Sağlık Hizmeti Türü	Ekonomik Etki	Yararlar
1.Bebek, çocuk ölüm oranlarının azalması	—Potansiyel işgücü artışı	— İşgücü arzında artış
2.Toplumdaki hastalıkların ve maluliyetlerin azaltılması	—Nispi işgücü artışı	— İşgücü arzında artış
3.Bedensel rahatsızlıkların azaltılması	—Bireysel üretim kapasitesinde artış	— Üretim artışı
4.Nüfus planlaması	—Fert başına milli gelir artar, işsizlik azalır	— Gelir artışı

Diğer bir yaklaşıma göre sağlık hizmetlerinin ekonomik etkileri, tüketim ve yatırım etkisi olmak üzere iki başlık altında toplanabilir.

1. Sağlık Hizmetlerinin Yatırım Etkisi: Bedensel ve ruhsal bir rahatsızlığın giderilmesi ile gelecekte ortaya çıkması beklenen rahatsızlıkların önlenmesi amacıyla talep edilen sağlık hizmetleri, yatırım etkisi yaratır.

2. Sağlık Hizmetlerinin Tüketim Etkisi: Bireylerin kendilerini iyi hissetmek için talep ettikleri sağlık hizmetleri tüketim etkisi yaratır.

Tablo (3.2) Sağlık Yarı Kamusal Malların Ekonomik Faydaları



3.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU VE SUNUMU

Günümüzde, emek, sermaye, tabii kaynak ve müteşebbisten sonra beşinci üretim faktörü olarak kabul edilen organizasyon, sağlık sisteminin en önemli sorun boyutunu oluşturmaktadır. Kaynak ve insan gücü kullanımındaki verimsizliğin sebeplerinden biri etkili bir organizasyon yapısının bulunmasıdır.

Bugün, etkili bir iç düzenin bulunmamasından dolayı, sağlık insan gücü ülke çapında dengesiz dağıldığı gibi aynı kurum veya hizmet bünyesinde dahi yanlış bir biçimde istihdam edilmektedir.

Sağlık hizmeti sektörü karmaşık ve çok başlı bir yapıya sahiptir. Sektörde stratejik yönetim ciddi bir eksiklidir. Sağlık Bakanlığı, daha çok kendi kurumlarında hizmet vermeye yoğunlaştığından politika geliştirme ve sektöre yön verme yetersiz kalmaktadır.

Bakanlık, üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon olmadığından, hizmet ve yatırım planlamaları toplumsal ihtiyaçlara paralel olarak yapılamamaktadır. Sağlık yatırım ve planlamalarında demografik ve epidemiyolojik özellikler göz ardı edilmektedir. Hizmetlerin yapılandırılması yönündeki “birinci basamak” yeterince güçlü olmadığından temel sağlık hizmetlerinin verilmesinde arzu edilen düzeye henüz ulaşamamıştır. Sağlık ocaklarının yapılması, kırsal kesimde büyük ölçüde tamamlanmıştır. Ancak hekimlerin bu alanda hizmet verecek nitelikte yetiştirilmemiş ve yönlendirilmemiş olması ve sağlık ocağı işletmesinin kurumsallaşmamış olması, etkili bir hizmet sunumuna engel oluşturmaktadır. Kentlerde özellikle de büyük şehirlerde sağlık ocağı alt yapısı yetersizdir.

Daha önce Verem Savaş Dispanserleri, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi gibi özel amaçla kurulmuş birçok birinci basamak sağlık kuruluşları ya görevlerini tamamlamış ya da gereken önemi korumada yetersiz kaldıkları için atıl duruma düşmüşlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan pratisyen hekimler içinde buldukları çalışma şartları, sosyo-ekonomik durum ve uzmanlık beklentileri nedeniyle kendi hizmetlerine yeterince odaklanamamaktadır. Diğer yandan hastalarda da sağlık hizmetini bu seviyede alma konusunda isteksizlik nedeniyle hastaneye gitme eğilimindedirler.

Hastane hizmeti sunumunda da büyük verimsizlikler mevcuttur. Birinci basamaktaki yetersizlikler ve sevk zincirinin çalıştırılmaması hastanelerde yığılmalara neden olmakta ve bu durum da hizmet maliyetini yükseltirken hizmetin kalitesini düşürmektedir. İşletmecilik anlayışından uzak bir şekilde yönetilen hastanelerde politik kaygıyla yapılan dengesiz yatırımlar da eklenince yatak işgal oranı düşük kalmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramından sıkça söz edilmesine rağmen içi doldurulamamıştır.

Çevresel etkenlerin insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin devam etmesi, turistik yörelerde yaz aylarında artan nüfusun sağlık ihtiyaçlarının yeterince karşılanamaması da organizasyon yetersizliğini gösteren önemli bir sorundur.

Hizmet sunumunda çok başlılık, standart yokluğu, hizmet birimlerinin dengesiz dağılımı, etkili bir enformasyon ve hasta sevk sisteminin kurulamamış olması, döner sermaye işletmeleri yönetiminin verimsizliği, yataklı tesislerin atıl kalması gibi sonuçlarda organizasyon ve yönetimin etkili olmayışının bir sonucudur.

3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Alma-Ata'da 6–12 Eylül 1978'de içlerinde Türkiye'nin de bulunduğu WHO üyesi 134 ülkenin delegelerinin (Delegelerin dışında ABD'den Edward Kennedy gibi tanınmış isimler ile 64 uluslararası organizasyonun temsilcileri de katılımcılar arasındaydı.) katılımı ile Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası bir konferans gerçekleştirilmiştir. Konferans sonunda yayınlanan bildirmede, “Sağlığın temel insan haklarından biri olduğu, bunun da mümkün olan en iyi seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve tüm insanların gereksinimi olan yeterli bir sağlık düzeyini 2000 yılında elde etmek için dünya kaynaklarının tam ve daha elverişli bir şekilde kullanılması gerektiği” vurgulanmıştır (Dilşen ve ark., 2002, s.17–21). Tüm dünya toplumlarının sağlık düzeyini iyileştirmek ve farklılıkları gidermek amacıyla Alma-Ata Bildirgesi'nde temel sağlık hizmetlerinin tanımı şöyle yapılmıştır (Karabulut, 1998, s. 20):

Temel Sağlık Hizmetleri: Bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onlardan tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. Ülkelerin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur. Toplumsal ve ekonomik kalkınmanın bir parçasıdır.

Ekonomik nedenler dolayısıyla, devletin sağlık politikasının temel amacı, sınırlı olanaklara göre maksimum düzeyde sağlık hizmeti sunmaktır. Bu amaçla, Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 1978 yılında Alma-Ata kentinde kabul ettiği ve Birleşmiş milletler tarafından, uygulanması için bütün üye ülkelere önerilen ilkeler, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların eşit olarak yararlandırılmasını öngörmektedir. Alma-Ata Bildirgesi'nin “Sağlık İçin Temel İlkeleri” aşağıdaki maddeleri içermektedir:

- Sağlıklı çocuk yetiştirilmesi, ailenin eğitim düzeyi ile yakından ilgili olup, özellikle annenin eğitimi son derece önemlidir.
- Temiz içme ve kullanma suyu sağlayacak biçimde hijyenik koşullar içermelidir.
- Bulaşıcı hastalıklara karşı aşıların zamanında yapılması gerekmektedir.
- Ana ve çocuk bakımı, devamlı olarak kontrol edilmelidir.

- Ailenin dengeli beslenebilmesi için, yeterli ekonomik güce kavuşturulmaları gerekir.
- Tıbbi yardım ve ilaç gerektiğinde sunulabilecek hizmet herkese ve her yerde hazır olarak sağlanmalıdır.
- Salgın hastalıklar ve aracı taşıyıcılara (sivrisinek, parazitlere) karşı etkin bir savaş verilmelidir.

1988 yılında yapılan Riga Toplantısı'yla sayılan ilkelerin “Herkesine Sağlık” (Health For All) parolasıyla, uygulamaya konulabilmesinin teknik koşulları belirlenmiş ve böylece, Alma-Ata Bildirgesi ilkeleriyle belirlenen “Temel Sağlık Hizmetleri” toplum sağlığının korunmasına yönelik olarak, devletin yerine getirmesi gereken bir görev olarak sağlanmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin herkese aynı biçimde sunulabilmesi amacıyla, yerel, bölgesel ve uluslar arası düzeyde örgütlenmeye ilişkin teknik düzenlemeler yapılmıştır (Şener, 2001, s. 368–369).

Temel Sağlık Hizmetlerinin sunumu hasta kişilerin sayısını ve hastalıktan kaynaklanan erken ölümlerin azaltılmasını sağlar. İnsan sağlığı üzerinde olumlu etkileri olan ve görülen hizmetin niteliğine göre temel sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık (toplum sağlığı) hizmetleri, tedavi edici (kişisel) sağlık hizmetleri, beslenme hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak dört kısımda incelenmiştir:

3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup-geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler (Bulutoğlu, 1988 s. 297).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde, kişisel sağlık hizmetlerinden çok, bulaşıcı ve bildirim zorunlu hastalıklar gibi genelde toplumun sağlığını ilgilendiren sağlık hizmetlerine önem verilir (Shoup, 1987, s. 248). Koruyucu sağlık hizmetlerinin marjinal sosyal faydası, bireysel marjinal faydasını aştığı için, bireyler koruyucu sağlık hizmetleri talebini açıklamazlar. Bu özellik dolayısıyla, koruyucu sağlık hizmetleri çoğu ülkede sosyalleştirilmiştir (Akın ve Akınsoy, 1985, s.16). Devletin koruyucu sağlık hizmetlerine müdahalesinin gerekçesi, piyasa mekanizmasının bu dışsallıkları dikkate almamasıdır (Batirel, 1986, s. 176).

Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanırlar (Bulutoğlu, 1988, s. 297). Toplumun üyelerinden sadece biri için bu ihtimalin azaltılması, hepsi için azaltılması demektir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri, dışsal faydası en fazla olan sağlık hizmetidir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinden beklenen sosyal fayda ve hizmet etkinliğinin sağlanabilmesi için göz önünde bulundurulması gereken konular şunlardır:

— Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili harcamalar, belirli bir düzeyin altında kaldığı sürece koruma etkisi yok ya da yok denecek kadar azdır.

— Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili harcamalar için ancak belirli bir düzeyin üzerinde yapılan ilave her harcama, hastalık riskini azaltma etkinliğini arttırmaktadır.

— Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili harcamalarda; marjinal verimin sıfır olduğu düzeye kadar harcamalar arttırılmalı ve bu noktada koruma etkisinin sürekliliği için yapılan harcamalar sürdürülmelidir (Sayın, 1995, s. 162–163).

Koruyucu sağlık hizmetleri bir toplumda sağlıklılık hali oluşturulduktan sonra da devam etmelidir. Çünkü hastalık ortadan kaldırıldığı sırada önlemlerin alınmaması nedeniyle yeniden hastalıklara yol açabilecek bir ortam yaratılmış olabilir. Dolayısıyla bir hastalığa rastlanılmaması da bu konuda alınan tüm önlemlerin sona erdirilmesinin bir gerekçesi olamaz.

Koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele alınır. Çevreye yönelik olan hizmetler; genellikle mühendislik hizmetlerini içeren, hekimlerin doğrudan görev almadıkları hizmetlerdir. Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerde hekimler danışmanlık ya da denetim hizmetleri ile görevlendirilebilirler. Ancak, kişiye yönelik olan koruyucu hizmetlerin tamamı, başta hekimler olmak üzere sağlık personeli tarafından yapılması gereken hizmetlerdir. Bunlarda; Bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, iyi beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimidir (Öztekin, 2004, s. 56).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şu şekildedir (Eren ve Tanrıtanır, 1998, s. 18):

- Yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması,
- Vektör denetimi,
- Barınak hijyeni,
- Besin hijyeni,
- Doğanın ve çevrenin korunması,
- Atıkların yok edilmesi
- Çevre, hava ve su kirlenmesi ile savaş,

Ayrıca konut sağlığı, radyasyon ve kazalardan korunma, gıda tuzukleri, yiyeceklerin kontrolü, bataklıkların kurutulması, kanalizasyon ile savaşım, çevresel risk faktörlerinin kontrolü de bu hizmetlere örnektir (Karabulut, 1998, s. 21).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri canlı çevrenin (insanlar, hayvanlar, bitkiler) ve cansız çevrenin mikrop taşıcılıklarını önleme amacına yönelik çabalar ile sağlıklı yaşam koşullarını iyileştirme çabalarından oluşur. Hastalığın hasta insandan bulaşma süreci, insanlar arasındaki ilişkilerin yoğun olduğu ortamda (kentler, kalabalık ortamlar vb.) daha yaygındır. Bu açıdan koruyucu sağlık hizmetleri ve dolayısıyla çevre sağlığı hizmetleri kentlerde büyük önem kazanır. Merkezi idare dışında, belediyeler kentlerde çevrenin hastalık taşıyıcı etkilerini

azaltıcı hizmetleri üstlenirler. Akarsu ve konut hizmetleri ile çevre sağlığının düzelmesine büyük katkıda bulunabilir.

Devletin çevre sağlığı hizmetlerinin eksikliğini kişiler kendi tedbirleri ile gidermeye çalışabilirler; evin sivrisinekten korunması, akarsuyun mikroplardan arıtılması, yiyecek, içeceklerin mikroptan temizlenmesi gibi. Kişilerin çevredeki mikroplu ortama karşı korunmak için aldıkları ilaçlar da, çevre sağlığı hizmet eksikliğini piyasa ekonomisine başvurarak gidermelerinin bir örneğidir. Mikroplu bir çevrenin sağlık bozucu etkisinden özel harcamalarla korunma kamusal tedbirlerle çevreyi sağlıklı hale getirmekten çok daha pahalıdır. Çevre sağlığı, etkinlik açısından, kamusal bir hizmettir. Bu hizmetlerin tüm faydası kamusal niteliktedir. Toplumun yaşadığı ortamda hastalık bulaşması olasılığının azaltılması, toplumun sağlıklı üyelerinin birbirine rakip olmaksızın yararlandıkları bir ortak fayda yaratır. Böylece hastalık olasılığı azalmaktadır. Toplumun üyelerinden sadece biri için bu ihtimalin azaltılması, toplumun hepsi için azaltılması sonucunu verir (Bulutoğlu, 1988, s. 262).

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler için en önemli sağlık hizmeti, koruyucu sağlık hizmetleridir. Çünkü fertlerin hastalığa yakalanmasını önlemek, hastalığa yakalandıktan sonra tedavi edilmesini sağlamaktan daha ucuz ve daha kolaydır (Karabulut, 1998, s. 22).

Sağlamaların hasta düşme olasılıklarını azaltıcı hizmetler olan koruyucu sağlık hizmetleri, niteliği gereği daha çok kamu tarafından sunulur. Bu hizmetlerle toplumda hastalık görülme olasılığının azaltılması amaçlandığından ödeme gücü olsun yada olmasın tüm toplum üyeleri bundan eşit ölçüde yararlanır. Bir başka deyişle koruyucu sağlık hizmetleri gelir dağılımındaki dengesizlikleri giderici özellik taşırlar.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli miktarda sunulmaması, tedavi edici sağlık hizmetlerini veren kurumlara yönelme ve bu kurumların aşırı bir taleple karşılaşmalarına yol açabilir. Bu hizmetler, bu niteliği sebebiyle tedavi edici sağlık hizmetlerine kıyasla daha yaygın bir biçimde hizmet üretiminde bulunur (Giray, 1989, s. 8).

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şunlardır (Eren ve Tanrıtanır, 1998, s. 18):

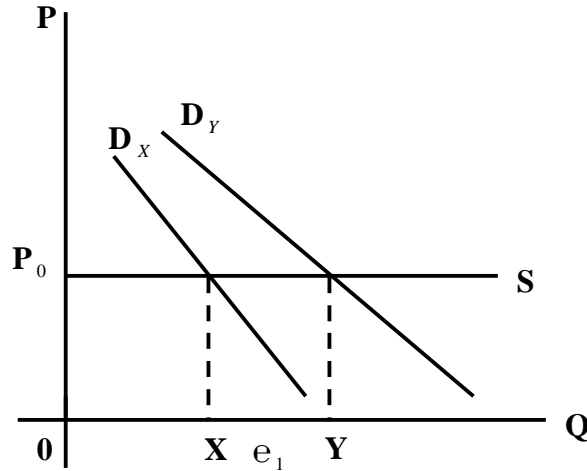
- Bağışıklama (Bulaşıcı hastalıklara karşı mücadele) hizmetleri,
- Erken tanı (teşhis) hizmetleri,
- Beslenmenin düzeltilmesi (dengeli ve yeterli beslenme) hizmetleri,
- Aile planlaması hizmetleri,
- Sağlık eğitimi hizmetleri,
- Kemo-sero-proflaksi hizmetleri,
- Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri,
- İlaçla korunma,
- Kişisel hijyen hizmetleri.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu konusunda farklı yaklaşımlar vardır:

3.4.1.1. Bunchanan ve Karşılıklı Etkilenme Yaklaşımı

Buchanan, koruyucu sağlık hizmetleri üretiminin piyasa mekanizmasına bırakılması durumunda, toplumsal faydanın yine maksimum olabileceği görüşünü ileri sürmektedir (Buchanan ve Tollison, 1972, s. 46–47). Buchanan aşılama hizmetlerini temel alarak, bulaşıcı bir hastalıkla mücadele programının nasıl olması gerektiğini araştırmaktadır.

Buchanan, basitlik açısından, analizini birisi zengin (X) ve diğeri fakir (Y), iki bireyden oluşan bir toplumda yapar ve sonuçları tüm toplumu kapsayacak şekilde genişletir. Buchanan, toplumdaki zengin bireylerin fayda fonksiyonunu tanımlamış ve buna göre bireylerin sağlık hizmetleri talep doğrularını çizmiştir (Buchanan ve Tollison, 1972, s. 48).



Şekil (3.1)

Buchanan Yaklaşımı

Şekil (3.1)'de, D_X fakir bireyin sağlık hizmeti talep doğrusunu göstermektedir. Fakir birey P_X fiyatından, $0X$ kadar sağlık hizmeti talep etmektedir. D_Y , zengin bireyin sağlık hizmeti talep dorusudur. Zengin birey ise P_0 fiyatından, $0Y$ kadar sağlık hizmeti talep etmektedir. Fakir ve zengin bireyin talepleri arasında e_1 dışsallıkları temsil etmektedir.

Buchanan zengin bireyin n değişik özel mal ve bir sağlık yarı kamusal malından oluşan fayda fonksiyonunu aşağıdaki gibi formüle etmektedir (Buchanan ve Tollison, 1972, s. 47).

$$U^J = U^J(X_1^J, X_2^J, \dots, X_n^J, e_1)$$

$$e_1 = - \sum_1^n | X_1 - X_1^J |$$

Formülde, bireyin n adet özel mal tükettiği ve tek bir kamusal mal (sağlık yarı kamusal malı) tükettiği varsayılmıştır. Buchanan'a göre, fakir bireyin aşılama hizmeti tüketiminden, zengin birey de faydalanmaktadır. Ancak, zengin bireyin sağlık hizmeti tüketimi fakir bireylere dışsal yarar sağlamamaktadır. Buchanan bu yargıya, fakir birey aşılama hizmetinden, zengin bireyin de yararlanmasında, kendisinin sağlayacağı faydanın azalmayacağını düşünürken, zengin bireyin kendi faydasının fakir bireyin tüketimi nedeniyle olumsuz etkilendiğini düşündüğü, varsayımından hareketle ulaşmaktadır (Buchanan ve Tollison, 1972, s. 49). Bu varsayımın doğal uzantısı olarak Buchanan, bir bireyin diğer bir bireyin herhangi bir faaliyetinden ötürü dışsal yarar sağlamasının, sağlık hizmetleri talebini ve toplumsal faydayı etkilemediğini kabul etmektedir (Mortan ve Tokgöz, 1984, s. 49). Herhangi bir bireyin sağlık hizmeti tüketimi, toplumda dışsal etkiler yaratarak, sağlık hizmeti talebinin artmasını önler ve gelecekteki sağlık harcamalarından tasarruf sağlar. Böylece piyasa mekanizmasına terk edilen aşılama hizmeti, toplumda diğer bireylerin fayda fonksiyonuna aynı miktarda girer ve toplumsal refah artar.

Buchanan, konuya genel denge yaklaşımından çok, mali kaynak tahsisi açısından yaklaşmaktadır (Mortan ve Tokgöz, 1984, s. 50). Buchanan'a göre, sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisinden amaç, minimum kaynakla maksimum sağlık hizmeti çıktısı elde etmektir.

Buchanan analizinde, dışsal etkilerin bölünmediğini varsayar ve karşılıklı etkilenme analizinde, sağlık hizmetlerinde pareto-optimal kaynak tahsisine nasıl ulaşılabileceğini araştırır. Buchanan (5x5) boyutunda bir matris yapısında, iki bireyin aşılama sonucunda, toplumun mikroba karşı bağışıklık kazanacağı varsayılmaktadır. Matris yapısının sol üst köşesinde, aşılama programının muhtemel maliyetleri yer alırken, modelde programdan beklenen yararlar ihmal edilmiştir. Aşılama programı kapsamı genişledikçe, toplum mikroba karşı bağışıklık kazanacağından, birim aşılama maliyetleri giderek azalacaktır. Toplum oluşturulan iki birey karşılıklı olarak birbirlerinin durumuna bakarak, sağlık hizmeti talep edecek ve bir noktadan sonra, maksimum yarar düzeyine ulaşacaklardır. Buchanan'ın karşılıklı etkileşim analizinde unutulmaması gereken husus, aşılama hizmetinin özel bir mal olarak, piyasa mekanizması tarafından, bir bedel karşılığı sunulduğudur. Böylece bireyler, dolayısıyla toplum, aşılama programından maksimum fayda sağlarken, program en düşük maliyetle hedefe ulaşacaktır.

Buchanan'ın karşılıklı etkilenme analizine eleştiriler, analizin varsayımları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Her şeyden önce, bireylerin bağımsız karar vermeleri ve karşılıklı fayda etkileşimi sonucunda, fayda etkileşimini hesaplayarak sağlık hizmetleri talep etmeleri, bireylerin sağlık programı marjinal faydasını bilmeleri durumunda gerçekleşebilir. Oysa sağlık hizmetleri tüketiminde hastaların değil, sağlık uzmanlarının kararları önemlidir. İkinci

olarak Buchanan, analizini İngiltere ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde yaptığı için, zengin toplum varsayımını kullanmak zorunda kalmıştır. Üçüncü olarak, toplumun birbiriyle sürekli temas halinde olması varsayımı hatalıdır. Dördüncü olarak, Buchanan, sağlık hizmetleri programının sadece maliyetlerini dikkate almış ve aşılama programının faydalarını dikkate almamıştır. Son olarak, bireylerin rasyonel karar verdikleri varsayılmıştır. Ancak iğneden korkan bir hastanın, aşından kaçınması örneğinde olduğu gibi hastalık durumunda bireyler irrasyonel davranışlarda bulunabilirler.

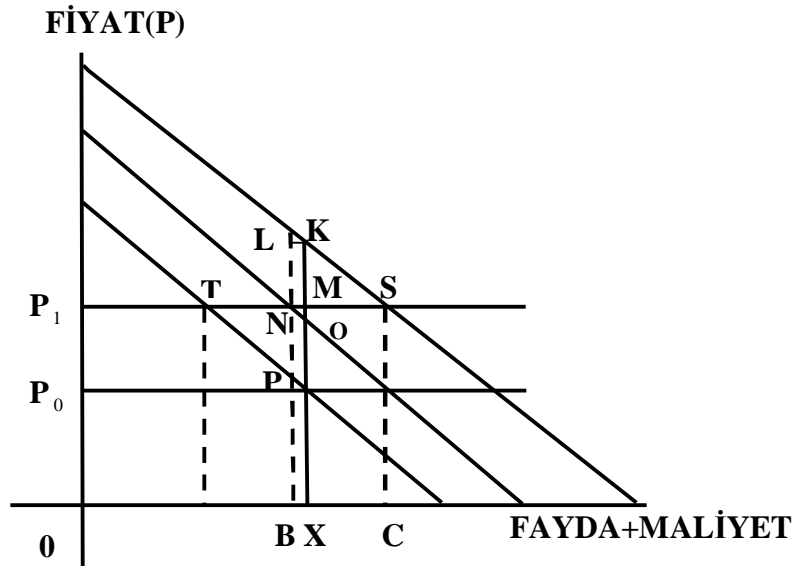
3.4.1.2. Tullock Ve Kitlevi Tatbikat Yaklaşımı

Tullock'a göre koruyucu sağlık hizmetleri, toplumda hastalığa yakalanma riskini azaltarak, gelecekteki sağlık harcamalarından tasarruf sağlar. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri sosyalizasyonun ötesinde, kitlevi tatbikat programıyla koordineli olarak yürütülmelidir.

Tullock kitlevi tatbikatla, temel sağlık hizmetlerinin beslenme, ücretsiz ilaç verilmesi, hijyen ve gıda kontrolü gibi destekleyici hizmetlerle, entegre bir faaliyet olarak yürütülmesini kastetmektedir. Tullock, koruyucu sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunu, sıtma gibi bulaşıcı hastalıklara yol açan anofel sineği örneği ile açıklamaktadır.

Şekil (3.2)'de P_1 doğrusu, bataklıktaki sivrisinekle mücadelenin özel mal olması durumunda, birim fiyatı göstermektedir. Programın sosyalleştirilmesi halinde birim hizmet maliyeti P_0 'a düşecektir. Maliyetlerdeki düşüşün sağlayacağı toplumsal fayda, TPN üçgeni alanı kadardır. A bireyinin ilaçlama programından sağlayacağı yarar, ONM ve KMS üçgenleri alanı toplamı kadardır. Ancak, C bireyi talep eğrisinin solunda kalan alandan yarar sağlayamayacak ve ilaçlama hizmetini özel mal olarak satın alacaktır. Toplumda bireyler arası karşılıklı etkileşim olduğu kabul edilirse, ilaçlama hizmeti arz miktarı C gibi bir noktada dengeye gelecektir. Ancak Tullock, bireyler arasında böyle bir etkileşim olmayacağını öne sürer ve sıtma ile mücadele programının, ilaçlama programı ile birlikte kitlevi uygulamasını savunur. Tullock'a göre yapılması gereken, sıtmayla mücadele programının kitlevi tatbikat ile kamusal arz kapsamına alınmasıdır. Tullock, sıtma ile mücadele programının ancak, kitlevi tatbikata dayanan bir sosyalizasyon ile başarıya ulaşacağı sonucuna varmaktadır.

Kamusal mal kavramını literatüre ilk sokan, Mazzolo'ya göre, kamusal malların en tipik özellikleri, bölünmezlik ve kesintisiz arz özellikleridir. Sağlık gibi insani yönü ağır basan ve toplumun genelini ilgilendiren hizmetlerin, kesintisiz arz edilmesi gereği, sağlık hizmetlerinin kamusal arzını gerekli kılmaktadır. Çünkü sağlık yarı kamusal malının bir fiyat karşılığında arz edilmesi durumunda, bedel ödemeyen fakir bireylerin hizmet kapsamı dışında tutulması, toplumsal yararı azaltır (Culyer, 1980, s. 299–300).



Şekil (3.2)

Tullock Yaklaşımı

Koruyucu sağlık hizmetleri yarattıkları dışsallıkların büyüklüğü nedeniyle, sosyal refahı attıran hizmetlerdir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri, toplumda tüm bireyleri kapsayacak şekilde, kamusal mal olarak üretilmelidir. Toplumda bedel ödemeyen bireylerin, koruyucu sağlık hizmetlerinden dışlanması, toplumsal refahı azaltır.

3.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Kişisel sağlık hizmetleri olarak, bireylerin özel kullanımları için yönlendirilmiş sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, genelde bireyler üzerinde uygulanan ve hizmetten yararlanmanın bireysel talebin açıklanmasına bağlı olduğu sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerle bireyin sağlık durumundaki bozukluklar giderilerek iyileşmesi sağlanır. Tedavi edici sağlık hizmetleri sunulduğu örgütlenme yanında;

- Yataklı tedavi kurumları hizmetleri,
- Hekimlik hizmetleri,
- Diş hekimliği hizmetleri,
- Yardımcı sağlık personeli (hemşire, sağlık teknisyeni, ebe, laborant, sağlık memuru, röntgen teknisyeni v.b)
- İlaçlar ve sargı bezi, kan v.b.
- Bakımevi hizmetleri
- Diğer sağlık hizmetleri (özel hemşirelik hizmeti, ev bakımı, tıbbi malzeme, ortopedik ayakkabı, korse vb. gibi) hizmetler ile de bütünlük sağlar.

Sağlık hizmetlerini arz edecek personelin eğitilmesi ve personelin tıp bilimi ile teknolojilerdeki gelişmeleri takip etmelerini sağlamaya yönelik, bilgilendirme faaliyetleri de

sağlık hizmetlerinin bir yönünü oluşturur. Diğer bir deyişle, sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi amacıyla yapılan çalışmalarda dolaylı olarak ortaya çıkan hizmetlerden birisi de, eğitim hizmetleridir (Grosman, 1982, s. 191–192).

Sağlık hizmetlerinin ortaya konmasıyla ilgili bir diğer hizmet türü de, bilinen tıbbi ve cerrahi yöntemlerin geliştirilmesi, yeni tedavi tekniklerinin bulunması ile yeni tıbbi cihazların yapılması şeklinde ortaya çıkan teknolojik gelişimdir (Alpugan, 1984, s. 162).

Tedavi hizmetlerinin hizmet üretiminden yararlanan hastanın vücudu üzerinde gerçekleşmesinden ötürü, tedavinin dışardan faydalarını elde edebilmesi için, hastanın tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmesi ve tedavi olmayı istemesi gereklidir. Tedavide hizmetten doğrudan doğruya yararlanan, tedavi gören bireydir. Hastanın yatırılıp tedavi altına alınması toplumun diğer üyelerine bulaşma olasılığını azaltmakta ve böylece dışsal fayda da sağlanmaktadır. Çünkü hastanın tedavi altına alınması toplumun diğer üyelerine bulaşma olasılığını azaltır. Hastalığın bulaşıcılık değeri ne kadar fazla ise, hastanın tedavi için tecriti ve sağlığa kavuşturulması toplum üyelerine o derece büyük fayda sağlamaktadır. Hastalık bulaşıcı olmasa bile, hasta çevresine zarar veriyorsa (örneğin; ruh sağlığı bozuk ise) gözlem ve tedavi altına alınması yine topluma dışsal faydalar sağlamaktadır.

Tedavi hizmeti sonucu içsel faydalar da elde edilir. Örneğin; bulaşıcı bir hastalığın toplumun diğer bireylerine bulaşmasının önlenmiş olması dışsal faydayı oluştururken, ayakta tedavi hizmetleriyle bireyin sağlığına kavuşturulması ona içsel bir fayda sağlar.

Gelir yetersizliği, bilgisizlik, belirsizlik ya da tedavi olmaktan korkma, tedavi sonucuna güvensizlik gibi sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel unsurlar nedeniyle hastalanan bireyler tedavi olmaz iseler söz konusu faydalar gerçekleşmez. Örneğin tifo, kolera, çiçek gibi hastalıkları önlemek için yapılan aşılardan sonuç alınabilmesi için tüm toplumun aşılanması gerekir (Bulutoğlu, 1988, s. 251).

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen tedavi hizmetleri kimi kaynaklarda ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılırken kimi kaynaklarda ise poliklinikte ve ayakta tedavi, küçük hastanelerde ve servislerde yapılan kısa süreli tedavi ve büyük hastanelerde yapılan uzun süreli tedavi şeklinde sınıflandırma yapılır.

Hizmetler en uç noktadaki ayakta tedavi ünitesi veya hastanelerden, en üst seviyedeki modern referans hastanelerine kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir. En pahalı sistem yataklı tedavi sistemidir (Yıldırım, 1993, s. 255).

Tedavide önemli bir mesele de ölçüğe verim konusudur. Acaba tedaviyi nüfusa göre serpiştirilmiş küçük hastanelerde mi yapmalı, yoksa dev hastanelerde mi? Tedavinin birim maliyeti hangisinde daha düşüktür? Yataklı hastaneler çok küçük olunca araç ve gereç eksikliğinden ötürü tedavi verimli olmayabilir. Çok büyük olursa ve tam kullanımı sağlamak

için çok geniş bölgelerde kurulursa, bu takdirde hastaların hastaneye ortalama uzaklıkları (özellikle nüfusu yoğun olmayan yerlerde) artar. Bu tür hastanelerin kısa süreli hastalıkların tedavisinde kullanılma olasılıkları azdır. En büyük hastanelerde oldukça güç vakalar ele alınacağından, en karışık araç gereçlerle donatılmaları, çok uzmanlaşmış hekimleri çalıştırmaları gerekir. Bu derce pahalı araç ve gereçlerin tam zaman çalıştırılması, bu hastanelerin geniş bölgelerin ihtiyacı için seyrek birimler halinde kurulmasını gerektirir. Poliklinik ise, araç gereç ve personelin boş kalmamasını sağlayacak büyüklükte bir nüfus kütlesi için kurulur.

Bu konuda dikkat edilmesi gereken birinci etken, hastalara yaklaşmak, tedavi için gidip-gelme maliyetlerini azaltmaktır. Bu amaçla hastanenin hizmet verdiği bölgenin çok büyük olmaması gerekir. İkinci etken ise tedavi edilebilecek hastalıklarla ilgili araç ve gereçlerin hepsini bulundurmak ve bunların tam kullanımını sağlamaktır. Bunun için de hastaneyi geniş bir nüfus kütlesi için büyük bir birim olarak kurmak gerekir. Nitekim, hastanelerin ihtiyacını karşıladıkları nüfus ve coğrafi bölgenin optimal büyüklüklerin karşılaştırması yapılır (Bulutoğlu, 1988, s. 255–256).

Ülkemizde devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülür. Koruyucu sağlık hizmetleri sadece Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülürken, tedavi edici sağlık hizmetlerine diğer bakanlıklar, tıp fakülteleri ve diğer özel kuruluşlar da katılmaktadır.

Ülkemizde çevre sağlığı ve koruyucu hizmetlerin yetersizliği ve toplumun büyük kesiminin sağlık konusundaki tutumu nedeni ile tedavi hizmetlerine olan talep fazladır. Ulaşılabilirlik ve parasal olanaklar tedavi hizmetlerinden yararlanmayı büyük ölçüde etkilemektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleriyle desteklenirse daha başarılı sonuç alınır. Çünkü bunlar birbirlerini tamamlayıcı hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin iyi yapılamaması sonucu ortaya çıkan olumsuzluklar tedavi edici sağlık hizmetleriyle giderilir. Sonuçta tedavi edici sağlık hizmetleri de toplumun sağlığı için çaba gösterir (Karabulut, 1998, s. 22).

Tedavi edici (iyileştirici) sağlık hizmetleri üç basamakta incelenebilir:

3.4.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hasta ya da sağlam bütün bireylerin ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarıdır. Buralarda genellikle hasta yatağı yoktur. Hastaların tedavileri evde ya da ayakta yapılır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri entegre bir biçimde verilir. Kişilerin yaşadıkları yerleşim yerlerine en yakın olan, periferde yer alan kuruluşlardır.

Hastalar ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmalıdır ve burada hekimin uygun gördüğü hastalar hastanelere sevk edilmelidir. Bu bakımdan birinci basamak sağlık kuruluşların hastanelerin önünde bir filtre görevi görmektedir. Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimlerinin başlıcaları şunlardır:

- Sağlık evi,
- Köy tipi sağlık ocağı,
- İlçe tipi sağlık ocağı
- İl tipi sağlık ocağı
- Verem savaş dispanserleri,
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi,
- Ruh sağlığı dispanseri
- Deri ve tenasül hastalıkları dispanseri,
- Cüzam savaş dispanseri,
- Hudut- sahil ve hava limanı denetleme merkezi
- Kurum tabipliği,
- İşyeri tabipliği,
- Üniversite mediko-sosyal hekimliği,
- Özel muayenehanelerdir (Öztek, 2004, s. 59).

3.4.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Devlet hastaneleri, Özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı kuruluşlar ikinci basamağa örnektir.

Hastanelerin temel işlevi yataklı tedavi kuruluşları olmalarıdır. Poliklinik hizmetleri hastanelerin esas hizmetlerinden değildir. Birinci basamak hizmetlerinin etkin bir biçimde işletilebildiği yerlerde, hastanelerde poliklinik hizmetlerinin verilmesi gerekmeyebilir.

3.4.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Özel dal hastaneleridir. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı, gelişmiş tedavi merkezleridir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle, ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenir ya da belli yaş gruplarına hizmet verir.

Ülkemizdeki üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının başlıcaları şunlardır:

- Doğum ve çocuk bakımevi,
- Çocuk hastanesi,
- Göğüs hastalıkları hastanesi
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi,

- Kemik hastalıkları hastanesi,
- Onkoloji hastanesi,
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi,
- Deri ve tenasül hastalıkları hastanesi,
- Lepra hastanesi,
- Diş hastanesi

Ayrıca Üniversite ve eğitim hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında kabul edilmelidir. Ancak, bu hastaneler aynı zamanda ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler (Öztekin, 2004, s. 60–61).

3.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon (readaptasyon) hizmetleri; hastalık veya kaza sonucu özür (handikap) duruma düşen bir ferden mevcut imkanlar dahilinde iktisadi, sosyal, fiziksel, ruhsal ve moral açıdan tekrar eski düzeyine kavuşturulması çabaları veya bu amaçla sarf edilen restorasyon (onarım) çabalarının tümüdür (Velicangil, 1985, s. 10).

Farklı bir tanıma göre; rehabilitasyon hizmetleri; hastalığın tedavisinden sonra ortaya çıkan sakatlığın giderilerek kişinin çalışabilir duruma getirilebilmesi için yapılan hizmetlerdir (Akdur, 1991, s. 5).

Rehabilitasyon çalışmaları, gerçekte, ferden ulusal ekonomiye tekrar katılımını sağlama gayretleri olması nedeniyle hem fert, hem de toplum için çok değerli çalışmalardır.

Rehabilitasyon hizmetleri içerisinde; poliklinik hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, yatarak tedavi hizmetleri, kontrol muayeneleri, doğum hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, laboratuvar hizmetleri sayılmaktadır.

Ayrıca rehabilitasyon hizmetlerini tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak sınıflandırmak mümkündür.

Tıbbi Rehabilitasyon; bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir. Extremitte protezleri, işitme kusurlarının en aza indirilmesi, spastik özür (handikap)luların ihtiyaçlarını karşılar hale getirilmesi gibi hizmetler tıbbi rehabilitasyona örneklerdir.

Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon; sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmet de sosyal rehabilitasyona örnektir.

3.4.4. Beslenme Hizmetleri

Beslenme hizmetleri sağlık koruma hizmetlerinin insan bünyesinde yürütülen bir biçimidir. Bilgi verme, besin yetersizlikleri durumunda yardım yapma ve Zararlı besinlerden halkı koruma yolu ile gerçekleştirilir (Bulutoğlu, 1988, s. 262).

Hastalıkların yayılması başka sebeplerin yanında, kişilerin bünyelerinin zayıf düşmesine, yanlış ve yetersiz beslenmelere de bağlıdır. Bazı hastalıklarda bulaşma bünyenin sağlamlığı ya da zayıflığı ile ilgili olmadığı halde, birçok hastalık zayıf bulunduğu bünyede yerleşir. Bünyesi güçlü olan pek fazla etkilemez. Bu nedenle; koruma hizmeti, bireylerin bünyelerinin hastalıklara karşı direnç kazandırılması yolu ile de yürütülür. Bunun için aşılama ve koruyucu ilaç dışında, genel olarak beslenmenin sağlanması da hastalıkların yayılmasını azaltır. Her şeyden önce bireylere gerekli bilgiler verilir. Kişiler piyasadaki firmaların, besin ihtiyaçlarını karşılamak için sundukları reklamların etkisi altında kalarak, sağlık konusunda doğru bilgileri alma olanağından yoksundurlar. Bu nedenle bu bilgileri, bir kamu hizmeti olarak devlet sağlar.

Toplum sağlığının besin maddelerine bazı vitaminler katılarak korunması, temel besinlerin (süt, protein) hükümet yardımı ile düşük fiyata satılması, sağlığı koruma programının bir parçasıdır. Bu programlar gelir dağılımını düzeltme amacına da hizmet ederler. Okullarda çocuklara verilen süt ve başka besinler de vitaminle zenginleştirilebilir. Böylece verilen besinin faydası çocukların tüketimi ile gerçekleştirildiğinden tüketimin denetimi de yapılmış olur. Birçok az gelişmiş ülkede, besin yetersizliğinin insanların sağlığında ve çalışma gücünde yaptığı zaaf, devletin uyguladığı vitamin ve protein programları ile giderilmeye çalışılır.

Piyasada satılan besinlerin sağlığı bozucu etkilerinden arındırılması da sağlık amaçlı beslenme programının bir parçasıdır. Devlet faal bir biçimde üretimde bulunmak yerine, piyasa üretiminin olumsuz etkilerini gidermek için denetimde bulunur. Türkiye’de belediyelerin besinleri denetimi halkı piyasadaki aldıkları besinlerin zararlarından koruma amacını güder (Bulutoğlu, 1988, s. 261).

3.5. TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN MEVCUT DURUMU

Her sağlık sisteminin iki temel amacı vardır. Bunlardan birincisi hastalıkların nedenleri, takipleri, tedavi ve sağlığın en üst düzeye çıkarılması hakkındaki en ileri bilgileri uygulamaya koyarak, toplumun sağlığını optimize etmek, ikinci ve en az bunun kadar önemli olan amacı ise, toplumun geneli ve alt gruplarda, sağlık hizmet sunumuna ulaşma ve sağlığın optimal düzeyde sürdürülebilme yeteneğindeki farklılıkların ortadan kaldırılmasıdır.

1920 yılında yayınlanan Dawson Raporu sağlık hizmetlerinin sunumu, kaynakların tahsisi ve sağlık ekibinin eğitimi konularında toplum temelli bir yaklaşım önermiştir. Ayrıca raporda ilk kez tıbbi bakımın birincil ve ikincil seviyelerinden ve birincil bakım sağlık merkezlerinden söz edilmiştir. Bu öneriler uzun yıllar etkisiz kalmış; zaman içinde tıbaa ait bilgiler biriktikçe her türlü sağlık problemi hakkında her şeyi bilmek imkansız hale gelmiş ve sağlık çalışanları gittikçe daha fazla oranda uzmanlaşmaya başlamışlardır. Tıp bilimindeki bu uzmanlaşmanı yansıması olarak sağlık kurumlarındaki parçalanma konuyu yeniden gündeme getirmiştir.

20. yüzyılın ilk yarısında birincil bakımla görevli kişiler, tipik olarak dahiliye uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve uzmanlaşmamış tıp fakültesi mezunlarından oluşan, genellikle hizmet verilen topluma yakın bir yerde tek başına ya da küçük gruplar halinde çalışan ve küçük bir ekiple desteklenen bir meslek elemanı idiler. Bu hekimlerin hastalarla olan ilişkileri genellikle kendilerine başvuran hastaların problemlerini çözmek şeklindeydi. Bu hekimlerin birinci basamak tıbbi bakım adına yaptıkları görev, hastalanan insanlara, evlerine en yakın yerde, mümkün olan en iyi koşullarda, tedavi edici hizmet sunmaktan ibaretti. Ancak bu hekimler özellikle küçük yerleşim yerlerinde toplumla sıkı ilişki içine girdiler. Bütün sınırlılıklarına rağmen kişisel bakım konusunda kuvvetli bir gelenek oluşturdular, halkın gereksinimlerini karşılamak konusunda çok yönlü ve evlerde ya da hemen yakınlarında ulaşabilecek bir konumda oldular. İşte bu gelenekler günümüz birincil bakım hizmetlerinin yeni tanımlamalara giderken temel aldığı geleneklerdir.

Çağdaş sağlık bakımı anlayışına göre hastalıklardan korunma, tanı ve tedavi, süreçlerinde hastalığın oluştuğu ve hastanın yaşadığı çevrenin de göz önüne alınması gerekir. Daha da ötesi hastalıklar, özellikle uzun sürmüşlerse, nadiren izole bir hastalık şeklinde ortaya çıkarlar. Bu nedenle hastalık uzmanlarının hastalığın tedavisi konusunda en uygun bakımı verdiklerinden şüphe olmamakla birlikte; kişinin yaşamı süresince karşılaşacağı sorunların entegrasyonu için de yine kendisini yakından tanıyan bir sağlık personeline gereksinimi vardır.

Bir diğer konu uzman bakımı ve ciddi hastalığı olanların hayatta tutulması konusunda yeni teknolojilerin geliştirilmesi için harcanan kaynağın, temel sağlık bakımı, yani hastalıklardan korunma ve çoğunlukla ölümcül olmayan rahatsızlıkları azaltma çalışmalarından çok daha fazla olmasıdır. Bu durum özellikle 2. Dünya Savaşı sonrası ülkelerin içine düştükleri kötü ekonomik durum sırasında dikkat çekmiş; günümüzde ise bu fazlalık sağlık yönetimini olumsuz yönde etkileyebilecek düzeye çıkmış, ülkelerin bütçe olanaklarını zorlar hale gelmiştir.

İşte bu koşullar altında 1978 yılında yapılan Alma Ata konferansında “birincil bakım” kavramı yeniden keşfedilmiş, DSÖ birincil sağlık bakımının ne kadar önemli olduğunu

anlamıştır. Aynı yıl Amerikan Tıp Enstitüsü “iyi” birincil bakımın 4 koşulunun ulaşılabilirlik, çok yönlülük, koordinasyon ve devamlılık olduğunu vurgulamıştır.

Birincil basamak sağlık hizmetlerinin, toplumu oluşturan kişilerin hizmetlerin her aşamasına tam katılımının sağlanması ve gerek ülke, gerekse toplum için satın alınabilecek bir fiyatla sunulması yoluyla, toplum içindeki kişiler ve aileler tarafından kabul edilmesi sağlanır. Birincil Sağlık Bakımı; ülke sağlık sistemi ile toplumun sosyal ve ekonomik gelişiminin merkezi fonksiyonu ve odak noktasıdır. Kişi, aile ve toplumun ulusal sağlık sistemi ile ilk buluşma noktasıdır; sağlık bakımını onların çalıştıkları ve yaşadıkları yerin mümkün olan en yakınına getirir ve devamlı sağlık bakımının birincil ögesini oluşturur.

Birincil Sağlık Bakımı 8 ögenin üzerine oturmuştur.

- 1- Sık görülen sağlık problemleri ve bunlardan sakınma ve kontrolü hakkında eğitim
- 2- Besinlerin sağlanmasının ve doğru beslenmenin desteklenmesi
- 3- Yeterli temiz su ve temel sanitasyon
- 4- Aile planlamasını da içeren anne ve çocuk sağlık bakımı
- 5- Major enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklama
- 6- Lokal endemik hastalıklarından koruma ve kontrol
- 7- Sık görülen hastalık ve yaralanmalardan korunma ve bunların tedavisi
- 8- Temel ilaçların sağlanması

Dünya Sağlık Örgütü'nün de önerdiği gibi her sağlık örgütünde bulunması gereken bazı temel özellikler de vardır. Bunlar (Fişek NH., 1985, s. 25):

1-Örgüt toplumun her kesimine gereksinim duyduğu hizmeti sunacak şekilde planlanmalıdır. Sadece köy ya da sadece kentsel özellikler göz önüne alınarak yapılan, teknoloji ve gereksinimlerde olabilecek değişimlere adapte olamayan planlamalar zamanla başarısız olur.

2-Sağlık hizmetleri ekip anlayışı içinde ele alınmalıdır. Ekip çalışmasında anlaşılması gereken hem sağlık meslek gruplarının oluşturduğu sağlık ekipleri; hem de diğer sektörlerle işbirliği sonucunda sağlıkla ilgili konularda oluşturulacak ekipler anlaşılmalıdır.

3-Kişiyeye yönelik koruma, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirici hizmetler bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bu hizmetleri birlikte yürütülmesinin, tedavi hizmeti sunan personelin etkinliğinden yararlanarak koruyucu hizmetler (özellikle sağlık eğitimi hizmetleri) daha başarılı bir şekilde yürütülebilir. Bunun yanında ikincil korumanın tedavi hizmetlerinden ayrılması da teknik olarak imkansızdır.

4-Tedavi hizmetlerinin örgütlenmesinde hastaların evde ve ayaktan tedavisi ile yatarak tedavileri bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bu durum hastanın bakımının sürekliliğinin bir gereği olduğu kadar, birincil basamakta çalışan sağlık personelinin teknolojinin daha yoğun

kullanıldığı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki uygulamaları görerek mesleki açıdan kendilerini geliştirmeleri bakımından önemlidir. Bu özelliğin hayata geçirilebilmesi için düzenli çalışan bir sevk sisteminin işliyor olması gerekir.

5-Sağlık hizmetleri herkesin kolayca ulaşabileceği kadar yakınında ve gereksinim duyduğu her an erişebileceği şekilde örgütlenmelidir. Bu özelliği olumsuz etkileyen üç etken vardır: kişinin ekonomik gücü, hizmeti kullanma alışkanlığı ve hizmetin sunulduğu yerin kişinin yaşadığı yere olan uzaklığı.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için para ödemek zorunluluğu varsa, bu halkın sağlık hizmeti kullanımını olumsuz yönde etkiler. Aynı şekilde sağlık hizmetleri için ancak sağlık kültürü çok gelişmiş kişiler para ödemektedir. Bu nedenle tedavi hizmetleri ücretli olan birçok ülkede koruyucu sağlık hizmetleri kişilerden para alınmadan sunulmakta ve bu işler için yapılan yatırım tedavi masraflarının azaltılmasına katkı olarak değerlendirilmektedir.

Gelişmiş ülkeler de dahil tüm ülkelerde sağlık kurumuna başvurularda mesafenin önemi ortaya konmuştur. Ulaşım ne kadar zor, kültür düzeyi ne kadar düşüğe mesafenin etkisi o kadar artmaktadır.

Tüm bu özellikler dikkate alınarak Alma Ata Konferansında yirmi yıl kadar önce Türkiye’de 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile bir sağlık sistemi oluşturulmuştur.

Bu yasada sosyalleştirilme olarak adlandırılan sistem sağlık ocakları ile sınırlı bir uygulama değil bütün sağlık kuruluşlarını içine alan bir modeldir ve çağına göre oldukça ileri, günümüzde de halen geçerli olan birçok önemli özelliği içermektedir. Bu özellikler: toplumsal eşitlik (Madde 1), basamaklı hizmet ve sevk sistemi (Madde 3,12,13), entegre hizmet (Madde 10), ekip hizmeti (Madde 10), korumaya yönelik (Madde 10), toplum katılımı (Madde 21,22,23), sektörler arası işbirliği (Madde 22) ve koşullara uygunluk (Madde 14C) olarak sayılabilir.

Günümüzde birinci basamak sağlık kuruluşlarının temel fonksiyonları olan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile evde ve ayakta tedavi hizmetleri temelde yaklaşık 6100 sağlık ocağı, 11800 sağlık evi, 295 AÇS-AP Merkezi, 274 VSD ile ülke genelinde sağlık bakanlığı tarafından verilmekle birlikte birçok farklı kurumda yukarıda sayılan birincil sağlık bakımı özelliklerini karşılayacak hizmetleri sunmaktadırlar. Buna göre Türkiye’de birinci basamakta sağlık hizmeti sunan birimler: sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması (AÇS-AP) merkezleri, verem savaş dispanserleri (VSD), kamu hastanesi poliklinikleri, belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis ve tedavi poliklinikleri, muayenehaneler ve farklı büyüklükte çok çeşitli diğer kamu dispanserleri ve vakıf poliklinikleridir (<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler>).

3.6.HASTA MEMNUNİYETİ

Memnuniyet, yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler, bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok faktörle ilişkili karmaşık bir kavramdır (Carr-Hill, 1992, s. 236–249). Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şeklide tanımlanabilmektedir. Hasta beklentilerinin karşılanması hasta memnuniyetinin sağlanmasında çok hassas bir belirleyicidir. Beklenti ise; herhangi bir şeyin olacağını düşünmek ya da olacağına inanmak olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda fazla beklentisi olmayan ve bilgisi az olan hastaların daha fazla memnun oldukları, bunun yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgili olan ya da beklentileri abartılı olan hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir (Özmen, 1999, s.532–538). Hastalar sağlık bakım sistemine çeşitli bireysel özellikleri, tutumları ve önceki deneyimleri ile girmektedirler. Hastanın memnuniyetini etkileyen faktörler; hastalara, hizmet verenlere, çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırılabilir.

3.6.1.Hastaya İlişkin Faktörler

Bireyin 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 etkileyebilmektedir.

Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaya ait sosyo-demografik değişkenler arasında tutarlı olmayan sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin; bazı çalışmalarda yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları ifade edilirken (Carr-Hill, 1992, s. 236–248) bazılarında ise yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (Uz ve ark, 1997, 113–118). Cinsiyet konusunda da araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı araştırmalarda kadınların, bazılarında erkeklerin daha memnun oldukları belirlenirken, bazılarında ise cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (Okumuş ve ark, 1993, s. 177–183). Literatürde memnuniyet ve eğitim düzeyi konusunda da tutarlı olmayan sonuçlar bulunmaktadır. Bazı kaynaklarda eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha yüksek standart beklentilerinden dolayı daha az memnun olabilecekleri belirtilirken (Esatoğlu, 1996, s. 61-71), Bazı çalışmalarda, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun olduğu belirtilmiştir (Yılmaz, 2000, s.102). Diğer yandan yapılan bazı çalışmalarda da eğitim düzeyinin memnuniyet düzeyini etkilemediğinden söz edilmiştir (Okumuş ve ark., 1993, s. 177-183).

Hastaların beklentilerin karşılanması, fiziksel ve ruhsal rahatlıklarının sağlanması memnuniyetlerinin artmasında öncelikli unsurlardır.

3.6.2.Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi, becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olarak görülmektedir. Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca birey olarak değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da durumu ve yapılacak işlemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline güvenlerinin ve memnuniyetinin arttığı saptanmıştır (Uz ve ark., 1997, s. 113-118).

3.6.3. Çevresel Ya Da Kurumsal Faktörler

Sağlık hizmeti veren kurumun ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, temizlik, hizmetin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Kurumların, hastalara fiziksel ve sosyal yönden sağlayacağı rahatlık, bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir. Yeterince bilgilendirilen, değer verilen ve kendini evinde gibi hissedilen hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır.

Sonuç olarak görüldüğü gibi hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

3.7.TÜRKİYE'DE SEVK SORUNU

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında yasa kapsamında kurulan Sağlık Ocağı Sistemi T.S.H'nin geliştirilmesi amacına yönelik olup; hastalıkların tanı ve tedavilerinde ileri basamak sağlık hizmetinin verildiği hastaneler için seçiciliği sağlayan, Birinci Basamak birimleridir. Birinci Basamak Sağlık kurumları arasında entegrasyon yoktur (Hayran, 1991, s. 15).

Gelişmiş ülkelerde ise sağlık sorunlarının %90–95 gibi büyük bir bölümü Birinci Basamak sağlık hizmetleriyle çözülmektedir. Pek çok çalışma, hastanın uzman hekime başvurmadan önce birinci basamak hekiminin kontrolünden geçmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Sağlık sigorta sisteminin uyguladığı bir programda birinci basamağa uyma zorunluluğunun geliştirilmesinden 1 yıl sonra birinci basamağa uğrayan hastaların hastanede yatış sürelerinin kısaldığı gözlenmiştir (Çiçekoğlu, 1999, s. 12).

İlk başvuru yeri olarak birinci basamağın kullanılması, hem uzman hekimin hem de acil hizmetin kullanımını azaltır. İki farklı hizmet tipinde başvuru ortalamalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, uzmana sevk için birinci basamağa uğramanın zorunlu olduğu grupta, uzmana başvuru böyle bir zorunluluğun olmadığı gruptan daha az bulunmuştur. Diğer bir çalışmada randomize seçilen iki gruptan birisinin, birinci basamağa başvurmadan uzmana başvurusu sağlanırken, diğer grubun birinci basamaktan sevkle uzmana başvuran grupta 0,3 kez daha az uzmana başvuru gözlenmiştir. Başka bir çalışmada tabakalı rasgele seçilen hastalarda birinci basamak hekimine uğrama zorunluluğu getirildikten sonra acil servis kullanımı çocuk hastalarda %27–37, yetişkinlerde %30–45 oranında düşmüştür (Çiçekoğlu, 1999, s. 12).

Basamaklar arası sevk zincirinin başarı ile uygulandığı Eğitim-Araştırma Hastanelerinde hastaların %90-95'ine ilk basamakta teşhis ve tedavi hizmetlerinin başarı ile verilebildiği, ikinci basamağa sevk yüzdesinin %5-10 ile sınırlı kaldığı yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur (Hayran, 1991, s. 15).

Halkın birinci basamak hizmetlerini sunan sağlık ocaklarından yeterince yararlanamadığı, ikinci basamak hizmeti sunan hastanelerin birinci basamak hizmetleri vermek durumunda oldukları araştırmalarla ortaya konulmuştur (Şahin ve Eğri, 1999, s. 17).

Gebze'de yapılan çalışmada basamaklar arası sevk sistemini işlemediği hastaların %23,7'sinin doğrudan doğruya devlet hastanesine başvurduğu görülmüştür (Hayran, 1991, s. 15).

Sağlık Bakanlığı'nın 1992 Temmuz ayında yaptırmış olduğu araştırmada hem kırsal hem de kentsel bölgede en sık tercih edilen kurum olarak devlet hastanesi bulunmuştur. Aynı araştırmaya göre halkın %48,7'si devlet hastanesini seçmektedir. Bu oran kentsel yerleşimlerde, %57,6 ve kırsal yerleşimlerde ise %36,8'dir (Şahin ve Eğri, 1999, s.17).

Hacettepe Üniversitesi çocuk hastanesi polikliniğine yapılan bir çalışmada hastaların oturdukları yerlere göre basamaklara dağılımında ilişki anlamlı bulunmuştur (Ceylan ve diğerleri, 1989, s. 20). Ancak Gelibolu'da, Sur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Gelibolu içinde oturmakla hastaneyi birinci basamak ya da ikinci basamak olarak kullanmak arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum hasta sevk zincirindeki sorunların özellikle metropollerde daha büyük boyularda olduğunu göstermektedir. Büyük şehirlerde

basamak sistemini uygulamak için nicelik ve nitelik yönünden bu yerleşimlerin gereksinimlerine uygun, çağdaş sağlık örgütlenmesinin temel ilkeleri göz önüne alınarak, hizmet biçimini yeniden düzenlemek kaçınılmazdır (Ceylan ve diğerleri, 1989, s. 20).

3.8.SAĞLIK EKONOMİSİ AMPİRİK ÇALIŞMALARINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Sağlık ekonomisinde ampirik çalışmalarda, sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanan bir takım sorunlar vardır.

Ekonomik teori ve sağlık ekonomisi üzerinde ampirik çalışma yapan iktisatçıların karşılaştıkları en önemli sorun, sağlık hizmetlerinin sosyo-psikolojik yönü ve sağlık personelinin sağlık sektöründe hem arz eden ve hem de talep eden dual yapısıdır (Newhouse, 1987, s. 269).

Sağlık ekonomisinde ampirik çalışmaların yoğunlaştığı diğer bir konu, sağlık hizmetlerinin finansman biçimidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı hem sağlık hizmetlerinin tamamen sosyalleştirildiği ülkelerde ve hem de sağlık hizmetlerinin kısmen özel sağlık sigortası kapsamında yürütülen ülkelerde temel sorundur. Günümüzde ülkemizin de yaşadığı en önemli sorun, sağlık hizmetlerinin finansman sorunudur.

Sağlık ekonomisinde ampirik çalışmaların yapılmasını kısıtlayan diğer bir sorun, sektöre ekonomistlerin 1970’li yıllara kadar ilgi göstermemeleri nedeniyle, sağlık hizmetlerine ilişkin güvenilir istatistiklerin tutulmamış olmasıdır (Reinhardt, 1989, s. 337).

Sağlık sektöründe, siyasi kararlar ve değer yargıları, sağlık politikasının düzenlenmesinde, politik tercihlerin etkili olmasına yol açar. Sektörün yönlendirilmesinde, politik kararların etkili olması, ekonometrik tahmin yapılmasını ve hipotez testlerini zorlaştıracığından, özel ve kamusal karar alıcıların, sağlık politikalarını oluşturmada kullanacakları sayısal verilerin güvenilirlik derecesini azaltır (Feldstein, 1974, s. 268).

Fush’a göre sağlık sektöründe yapılacak ampirik çalışmalarda karşılaşılan sorunlar uzun dönemli ekonometrik modellerin kurulmasıyla giderilebilir. Çünkü sağlık politikalarındaki değişikliklerin etkisi, en erken bir yıl sonra ortaya çıkacaktır. Ancak, uzun dönemde ortaya çıkacak kurumsal ve yapısal değişiklikler, ekonometrik modellerin güvenilirlik derecesini azaltır (Gujarati, 1978, s. 8).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN HASTA TALEBİ AÇISINDAN ÖNEMİ-BİR UYGULAMA

4.1.ARAŞTIRMA PLANI

4.1.1.Amaç ve Kapsam

Bu tezin temelinde; benzer sosyo-kültürel bölgelerde birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmeti veren iki sağlık kurumunda hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve aralarında bir memnuniyet farkının olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda hastaların sevk zincirine uymadan doğrudan ikinci basamak sağlık hizmetine yönelmesinin ekonomik bakımdan etkin olmadığına ortaya konulması, memnuniyet farklarının yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence ve meslek olgularından etkilenip etkilenmediği de araştırılarak; hasta memnuniyetin etkili kademeli sevk zinciri ile ilişkili olduğu gösterilmeye çalışılmıştır.

4.1.2.Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma, sadece sağlık ocağı ve hastanede görüşme yapılan kişilerle sınırlıdır.

4.1.3.Araştırmanın Metodolojisi

4.1.3.1.Araştırma Örnekleminin Tanımlanması

Bu araştırmanın örneklemini birinci basamak sağlık hizmeti sunan Pamukova/Sakarya Sağlık Ocağından hizmet alan 200 kişi ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunan Pamukova/Sakarya Devlet Hastanesi’nden hizmet alan 200 kişi oluşturmaktadır.

4.1.3.2.Araştırma Bölgesinin Tanıtılması

Pamukova ilçesi Marmara Bölgesi’nde Sakarya’ya bağlı, il merkezi olan Adapazarı’na 40 km. uzaklıkta, E 25 karayolu ile İstanbul-Eskişehir-Ankara Devlet Demiryolu üzerinde kurulmuştur. İlçenin yüzölçümü 432 km² dir. Sağlık ocağı verilerine göre merkez nüfusu yaklaşık 15.000, bağlı belde ve köylerle birlikte nüfus yaklaşık 25.000’dir. Çoğunlukla düşük ve orta sosyo-ekonomik düzeydeki insanların yaşadığı ilçede geçim kaynağı tarımdır.

4.1.3.3.Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Kurumlarının Tanıtılması

Araştırma iki resmi kurumda yapılmıştır. Bunlardan birisi Pamukova Devlet Hastanesi, diğeri ise Pamukova Sağlık Ocağıdır. Kurumlar Pamukova ilçe sınırları içerisinde bulunmakta

ve aynı sağlık grup başkanlığına bağlı olarak çalışmaktadır. Aralarında yaklaşık 500m. mesafe bulunan kurumlar anayolun iki yanında karşılıklı bulunmaktadır. Ancak Pamukova Sağlık Ocağı anayolun kenarında, Pamukova Devlet Hastanesi ise yolun yaklaşık 400 m. içerisinde bulunmaktadır.

4.1.3.3.1.Pamukova Devlet Hastanesi

Sağlık Grup Başkanı Dr. Musa To'dan alınan bilgilere göre: 2000 Yılında yapımı tamamlanarak hizmete açılan Pamukova Devlet hastanesi 3000m² lik bir arsa üzerinde, 4 katlı bir binada ve sağlık grup başkanlığına bağlı olarak hizmet vermektedir. 50 yataklı hastanede, 1 başhekim, 1 başhekim yardımcısı, 1 hastane müdürü, 1 müdür yardımcısı, 1 başhemşire, 6 uzman hekim (Dahiliye, Kadın Doğum, Diş, KBB, Genel Cerrahi, ocuk), 4 pratisyen hekim, 10 hemşire, 3 ebe, 4 sağlık memuru, 4 laborant, 6 röntgen teknisyeni, 5 memur, 3 hizmetli, 1 aşçı görev yapmaktadır. Hastanede laboratuvar, röntgen hizmetleri verilmektedir.

4.1.3.3.2.Pamukova Sağlık Ocağı

Sağlık Grup Başkanı Dr. Musa To'dan alınan bilgilere göre: 1973 yılında tamamlanarak hizmete açılan Pamukova Merkez Sağlık Ocağı, 3 dönümlük arsa üzerinde, müstakil bir binada ve sağlık grup başkanlığına bağlı olarak hizmet vermektedir. Bununla birlikte bağlı belde ve köylerde 1 sağlık ocağı ve 4 sağlık evi mevcuttur. Pamukova Merkez Sağlık Ocağında, 3 pratisyen hekim, 3 sağlık memuru, 2 hemşire, 5 ebe, 1 laborant, 1 evre sağlığı teknisyeni, 1 memur ve 3 hizmetli görev yapmaktadır. 8 odası bulunan binada, 1 sağlık grup başkanı odası, 2 poliklinik, 1 laboratuvar, 1 ana ocuk sağlığı odası, 1 aile planlaması odası, 1 enjeksiyon ve aşı odası, 1 mutfak, 1 mutemet odası bulunmaktadır. Hematokrit, hemoglobin, lökosit, kan şekeri, idrar tahlili, kan grubu tetkiklerinin yapılabildiği bir laboratuvarla hizmet veren kurum; evre ve okul gezileri ile halkı bilinçlendirme, hastalıkları tanıma ve korunma yolları hakkında bilgi vermek üzere eğitim vermektedir.

4.1.4.Araştırmanın Hipotezi

Türkiye'de sağlık hizmetleri ekonomik olarak etkin bir biçimde kullanılmamaktadır. Bunun nedenlerinden birisi de hastaların sağlık hizmetlerinde sevk zincirine uygun davranmamalarıdır. Bu araştırma kapsamında ele alınan iki sağlık kurumu arasında memnuniyet dereceleri bakımından anlamlı bir fark vardır. Bu farkın araç-gereç, fiziki olanakların daha iyi olması bakımından hastane lehine olması beklenmektedir. Bu da hastaların sevk zincirine uymadan ikinci basamağa yönelmelerinde hasta memnuniyetinin önemini ortaya koymaktadır.

4.1.5.Anket Formu

Hasta memnuniyetine ilişkin 26 maddeden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. (Bkz. EK).

Anket formunun hazırlanmasında; literatür tarama sonucu elde edilen dokümanlardan, Sağlık Bakanlığının uyguladığı anket formlarından ve Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi, Mustafa Taşdemir'in "Ayakta Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi" tezinde kullandığı güvenilirliği ispatlanmış (Cronbach $\alpha=0,9212$) bir anket formundan yararlanılmıştır. Hazırlanan anket formu 30 kişiye uygulanarak ön denemesi yapılmış; daha sonra gerekli değişiklikler yapılarak son şekli verilmiş ve 200 kişiye uygulanmıştır.

Anket formunun ilk bölümünde "cinsiyet", "yaş", "medeni durum", "meslek", "eğitim durumu", "aylık gelir", "sosyal güvence", "sağlık kurumuna gelme sıklığı", "kuruma kaçınıcı gelişi", "geliş şekli", "başvuru nedeni", "tercih nedeni", "başvurunun ekonomik nedeni" gibi bağımsız değişkenler yer almaktadır.

Anketin ikinci bölümü ise beşli Likert tipi ölçek şeklinde hazırlanmış memnuniyeti ölçmeyi amaçlayan bölümdür.

Bu amaçla; kuruma başvuran ve muayene olan hastalardan ankete katılmaları istenmiş, olumlu cevap verenlere anket uygulanmıştır. Anketler, kimliğini gizli tutan bir hemşire tarafından yüz yüze görüşme ile doldurulmuştur.

4.1.5.1.Likert Tipi Ölçeklerle İlgili Genel Bilgiler

Rensis Likert tarafından geliştirilen dereceleme toplamlarıyla ölçekleme yaklaşımında, ölçmek istenilen tutumla ilgili çok sayıda olumlu ve olumsuz ifadeye yer verilmektedir. Likert tipi ölçek maddeleri genellikle ortak seçenekli madde tipindedir. Yani ölçeğin tüm maddeleri aynı şekilde seçeneklendirilmektedir. Üç, beş veya yedi seçenekli düzenlemeler yapılmaktadır. Özgün biçiminde bulunan ve optimum olan seçenek sayısı beştir (Taşdemir, 1998, 32). Bu beş seçenek anketimizde de görüldüğü üzere "Her zaman / Çoğunlukla / Bazen / Nadiren / Hiçbir zaman" şeklinde düzenlenmektedir.

Likert tipi ölçeklerde her cevaplayıcının ölçek puanı, maddelere gösterdiği tepki puanlarının toplamından oluşmaktadır. Bunun için her bir cevaplayıcının her bir maddeye verdiği cevap puanlanmalıdır. Maddelere verilen cevapların puanlanması olumlu maddelere yüksek, olumsuz maddelere düşük puan verilmektedir. Böylece yüksek ölçek puanları daima olumlu tutumu göstermektedir. Bu sebeple değerlendirme yapılabilmesi için tüm sorular cevaplanmış olmalıdır.

4.1.6. Verilerin İşlenmesi

Anket sonuçları araştırmacı tarafından Excel bilgisayar programına işlenmiş ve veriler, SPSS 11.00 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir.

4.1.7.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni “memnuniyet durumu”dur. Bağımsız değişkenler ise “cinsiyet”, “yaş”, “medeni durum”, “meslek”, “eğitim durumu”, “aylık gelir”, “sosyal güvence”, “sağlık kurumuna gelme sıklığı”, “kuruma kaçınıcı gelişi”, “geliş şekli”, “başvuru nedeni”, “tercih nedeni”, “başvurunun ekonomik nedeni” olarak belirtilebilir.

4.1.8.Kullanılan Memnuniyet Ölçeğinin Güvenilirliği

Yapılan güvenilirlik analizi sonucu anketimiz güvenilirliğini ispatlamıştır. (Cronbach $\alpha=0,8250$).

4.1.9.Kullanılan Sınıflandırma Yöntem ve Kriterler

Memnuniyet puanları hesaplanırken; 5’den 1’e doğru kodlanmıştır. Burada 5 tam memnuniyeti, 1 memnuniyetsizliği göstermek ve 3 kararsız kalmayı ifade etmek üzere değerlendirilmektedir. Bu nedenle yüksek puan ortalamasına sahip grubun düşük puan ortalamasına sahip gruba göre, aldığı sağlık hizmetinden daha çok memnun olduğu sonucu çıkartılabilir

4.1.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket sonuçları önce Microsoft Excel 2000 ile kodlanmış ve buradan da analizi yapmakta kullanacağımız SPSS 11.00 programına aktarılmıştır. Olumsuz sorular tersten kodlanmak üzere her soru ve her boyut için 1 en kötü puanı, 5 en yüksek puanı ve 3 kararsızlığı gösterecek şekilde yeniden düzenlendikten sonra analize geçilmiştir.

4.2.BULGULAR VE TARTIŞMA

4.2.1.Bulgulara Yönelik Tartışma

Tablo 4.1 Hastaneye Gelen Hastalardan Seçilen Örnekleme İlişkin Betimsel Veriler

Değişken	Değişkenin Alt Boyutu	F	%
Cinsiyet	Kadın	102	51.0
	Erkek	98	49.0
Yaş	19'dan Küçük	26	13.0
	20-29	32	16.0
	30-39	53	26.5
	40-49	49	24.5
	50-59	22	11.0
	60 ve Üzeri	18	9.0
Medeni Durum	Bekar	42	21.0
	Evli	131	65.5
	Dul	27	13.5
Meslek	Yok	6	3.0
	Ev Hanımı	53	26.5
	Kamu Personeli	41	20.5
	Ücretli	50	25.0
	Emekli	22	11.0
	Öğrenci	28	14.0
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	10	5.0
	Okuryazar	8	4.0
	İlkokul	54	27.0
	Ortaokul	39	19.5
	Lise	56	28.0
	Üniversite	33	16.5
Aylık Gelir	0-349	53	26.5
	350-699	49	24.5
	700-1049	58	29.0
	1050-1399	31	15.5
	1400 ve Üzeri	9	4.5

Tablo 4.1'in Devamı

Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	73	36.5
	SSK	42	21.0
	Bağ-Kur	31	15.5
	Yeşil Kart	36	18.0
	Güvence Yok	15	7.5
	Diğer	3	1.5
Gelme Sıklığı	Haftada Birden Fazla	6	3.0
	Haftada Bir	14	7.0
	Ayda Bir	78	39.0
	Yılda Birkaç Kez	81	40.5
	Birkaç yılda Bir	21	10.5
Kaçınıcı Gelişi	İlk	21	10.5
	2	27	13.5
	3	26	13.0
	4	15	7.5
	5 ve Daha Fazla	111	55.5
Geliş Şekli	Doğrudan Hastane	103	51.5
	Başka Kişi-Kurum Yönlendirme	97	48.5
Geliş Nedeni	İlk Muayene	81	40.5
	Kronik Hastalık Kontrolü	21	10.5
	Tetkik ve Tahlil	58	29.0
	Tıbbi Müdahale	12	6.0
	Enjeksiyon	5	2.5
	Yatış	17	8.5
	Diğer	6	3.0
Tercih Nedeni	Alışkanlık	18	9.0
	Hizmeti Beğenme	11	5.5
	Uzman Doktor Tercihi	81	40.5
	Ayrıntılı Tetkik	60	30.0
	İmkanların Daha İyi Olması	30	15.0

Tablo 4.1'in Devamı

Tercihin Ekonomik Nedeni	Muayene Ücreti Pahalı Değil	52	26.0
	Ulaşım Maliyeti Az	61	30.5
	Maddi Yük Benim İçin Fark Etmez	77	38.5
	İlaçları Ücretsiz Elde Edebildiğim İçin	10	5.0

Tablo (4.1) incelendiğinde, hastaneye gelen hastalardan seçilen örnekleme ilişkin betimsel verilere ulaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın cinsiyet dağılımına bakıldığında;102'sinin (%51.0) kadın, 98'inin (%49.0) ise erkek olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın yaş dağılımına bakıldığında; 26'sının (%13.0) 19'dan küçük, 32'sinin (%16.0) 20-29 yaş arası, 53'ünün (%26.5) 30-39 yaş arası, 49'unun (%24.5) 40-49 yaş arası, 22'sinin (%11.0) 50-59 yaş arası, 18'inin (%9.0) 60 ve üzeri yaşta olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın medeni durumları dağılımına bakıldığında; 42'sinin (%21.0) bekar, 131'inin (%65.5) evli, 27'sinin (%13.5) dul olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın meslek dağılımına bakıldığında; 6'sının (%3.0) mesleksiz, 53'ünün (%26.5) ev hanımı, 41'inin (%20.5) kamu personeli, 50'sinin (%25.0) ücretli, 22'sinin (%11.0) emekli, 28'inin (%14.0) öğrenci olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın eğitim durumu dağılımına bakıldığında; 10'nun (%5.0) okuryazar değil, 8'inin (%4.0) okuryazar, 54'ünün (%27.0) ilkokul, 39'unun (%19.5) ortaokul, 56'sının (%28.0) lise, 33'nün (%16.5) üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın aylık gelir dağılımına bakıldığında; 53'nün (%26.5) 349 YTL'nin altında, 49'unun (%24.5) 350-699 YTL., 58'inin (%29.0) 700-1049 YTL., 31'inin (%15.5) 1050-1399 YTL., 9'unun (%4.5) 1400YTL. üstü olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın sosyal güvence dağılımına bakıldığında; 73'nün (%36.5) Emekli Sandığı, 42'sinin (%21.0) SSK, 31'inin (%15.5) Bağ-kur., 36'sının (%18.0) Yeşil Kart sahibi olduğu görülmüştür. 15'inin (%7.5) sosyal güvencesi olmadığı, 3'ünün (%1.5) diğer gruba girdiği görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın bir sağlık kurumuna gelme sıklığı dağılımına bakıldığında; 6'sının (%3.0) haftada birden fazla, 14'ünün (%7.0) haftada bir, 78'inin (%39.0) ayda bir, 81'inin (%40.5) yılda birkaç kez, 21'inin (%10.5) birkaç yılda bir herhangi bir sağlık kuruluşuna geldiği görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın kaçınıcı gelişi olduğunun dağılımına bakıldığında; 21'inin (%10.5) ilk kez, 27'sinin (%13.5) iki kez, 26'sının (%13.0) üç kez, 15'inin (%7.5) dört kez, 111'inin (%55.5) beş veya daha fazla bu sağlık kuruluşuna geldiği görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın geliş şekli dağılımına bakıldığında; 103'ünün (%51.5) doğrudan hastaneye başvurduğu, 97'sinin (%48.5) başka kişi veya kurum tarafından yönlendirildiği görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın geliş nedeni dağılımına bakıldığında; 81'inin (%40.5) İlk Muayene, 21'inin (%10.5) kronik hastalık kontrolü, 58'inin (%29.0) tetkik ve tahlil, 12'sinin (%6.0) tıbbi müdahale, 5'inin (%2.5) enjeksiyon, 17'sinin (%8.5) yatış, 6'sının (%3.0) diğer nedenlerle hastaneye geldiği görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın tercih nedeni dağılımına bakıldığında; 18'inin (%9.0) alışkanlık, 11'inin (%5.5) hizmeti beğenme, 81'inin (%40.5) uzman doktor tercihi, 60'ının (%30.0) ayrıntılı tetkik, 30'unun (%15.0) imkanların daha iyi olması olarak görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın başvurularının ekonomik nedeni dağılımına bakıldığında; 52'sinin (%26.0) muayene ücreti pahalı değil, 61'inin (%30.5) ulaşım maliyeti az, 77'sinin (%38.5) maddi yük benim için fark etmez, 10'unun (%5.0) ilaçları ücretsiz elde edebildiğim için tercih ediyorum cevabını verdiği görülmüştür.

Tablo 4.2 Sağlık Ocağına Gelen Hastalardan Seçilen Örneklem İlişkin Betimsel Veriler

Değişken	Değişkenin Alt Boyutu	F	%
Cinsiyet	Kadın	112	56.0
	Erkek	88	44.0
Yaş	19'dan Küçük	15	7.5
	20-29	35	17.5
	30-39	46	23.0
	40-49	47	23.5
	50-59	31	15.5
	60 ve Üzeri	26	13.0
Medeni Durum	Bekar	35	17.5
	Evli	138	69.0
	Dul	27	13.5

Tablo 4.2'nin Devamı

Meslek	Yok	5	2.5
	Ev Hanımı	67	33.5
	Kamu Personel	30	15.0
	Ücretli	45	22.5
	Emekli	31	15.5
	Öğrenci	22	11.0
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	7	3.5
	Okur Yazar	17	8.5
	İlkokul	62	31.0
	Ortaokul	44	22.0
	Lise	41	20.5
	Üniversite	29	14.5
Aylık Gelir	0-349	68	34.0
	350-699	46	23.0
	700-1049	61	30.5
	1050-1399	16	8.0
	1400	9	4.5
Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	64	32.0
	SSK	54	27.0
	Bağ-Kur	47	23.5
	Yeşil Kart	25	12.5
	Güvence Yok	10	5.0
Gelme Sıklığı	Haftada Birden Fazla	64	32.0
	Haftada Bir	54	27.0
	Ayda Bir	47	23.5
	Yılda Birkaç Kez	25	12.5
	Birkaç Yılda Bir	10	5.0
Kaçınıcı Gelişi	İlk	7	3.5
	2	7	3.5
	3	14	7.0
	4	19	9.5
	5 veya daha fazla	153	76.5

Tablo 4.2'nin Devamı

Geliş Şekli	Doğrudan Sağlık Ocağı	156	78.0
	Başka Kişi Yönlendirme	44	22.0
Geliş Nedeni	İlk Muayene	86	43.0
	Kronik	51	25.5
	Enjeksiyon-Pansuman	17	8.5
	Tansiyon Takibi	12	6.0
	Aşı	7	3.5
	Aile Planlaması	11	5.5
	Diğer	16	8.0
Tercih Nedeni	Evime Yakın	54	27.0
	Tanıdıkların Tavsiyesi	20	10.0
	Hizmeti Beğenme	40	20.0
	Alışkanlık	30	15.0
	Alternatifin Olmaması	10	5.0
	Prosedür Gereği	20	10.0
	İşlemlerin Daha Kısa Zamanda Yapılması	26	13.0
Tercihin Ekonomik Nedeni	Muayene Ücreti Az	32	16.0
	Ulaşım Maliyeti Az	52	26.0
	Maddi Yük Benim İçin Fark Etmez	104	52.0
	İlaçları Ücretsiz Elde Edebildiğim İçin	12	6.0

Tablo 4.2 incelendiğinde, sağlık ocağına gelen hastalardan seçilen örnekleme ilişkin betimsel verilere ulaşılmaktadır.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın cinsiyet dağılımına bakıldığında; 112'sinin (%56.0) kadın, 88'inin (%44.0) ise erkek olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın yaş dağılımına bakıldığında; 15'inin (%7.5) 19'dan küçük, 35'inin (%17.5) 20-29 yaş arası, 46'sının (%23.0) 30-39 yaş arası, 47'sinin (%23.5) 40-49 yaş arası, 31'inin (%15.5) 50-59 yaş arası, 26'sının (%13.0) 60 ve üzeri yaşta olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın medeni durumları dağılımına bakıldığında; 35'inin (%17.5) bekar, 138'inin (%69.0) evli, 27'sinin (%13.5) dul olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın meslek dağılımına bakıldığında; 5'inin (%2.5) mesleksiz, 67'sinin (%33.5) ev hanımı, 30'unun (%15.0) kamu personeli, 45'inin (%22.5) ücretli, 31'inin (%15.5) emekli, 22'sinin (%11.0) öğrenci olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın eğitim durumu dağılımına bakıldığında; 7'sinin (%3.5) okuryazar değil, 17'sinin (%8.5) okuryazar, 62'sinin (%31.0) ilkokul, 44'ünün (%22.0) ortaokul, 41'inin (%20.5) lise, 29'unun (%14.5) üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın aylık gelir dağılımına bakıldığında; 68'inin (%34.0) 349 YTL'nin altında, 46'sının (%23) 350-699 YTL., 61'inin (%30.5) 700-1049 YTL., 16'sının (%8.0) 1050-1399 YTL., 9'unun (%4.5) 1400YTL'nin üstünde olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın sosyal güvence dağılımına bakıldığında; 64'nün (%32.0) Emekli Sandığı, 54'ünün (%27.0) SSK, 47'sinin (%23.5) Bağ-kur, 25'inin (%12.5) Yeşil Kart sahibi olduğu görülmüştür. 10'unun (%5.0) sosyal güvencesi olmadığı görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın bir sağlık kurumuna gelme sıklığı dağılımına bakıldığında; 64'ünün (%32.0) haftada birden fazla, 54'ünün (%27.0) haftada bir, 47'sinin (%23.5) ayda bir, 25'inin (%12.5) yılda birkaç kez, 10'unun (%5.0) birkaç yılda bir herhangi bir sağlık kuruluşuna geldiği görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın kaçınıcı gelişi olduğunun dağılımına bakıldığında; 7'sinin (%3.5) ilk kez, 7'sinin (%3.5) iki kez, 14'ünün (%7.0) üç kez, 19'unun (%9.5) dört kez, 153'ünün (%76.5) beş veya daha fazla bu sağlık kuruluşuna geldiği görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın geliş şekli dağılımına bakıldığında; 156'sının (%78.0) doğrudan sağlık ocağına başvurduğu, 44'ünün (%22.0) başka kişi veya kurum tarafından yönlendirildiği görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın geliş nedeni dağılımına bakıldığında; 86'sının (%43.0) İlk Muayene, 51'inin (%25.5) kronik hastalık kontrolü, 17'sinin (%8.5) enjeksiyon ve pansuman, 12'sinin (%6.0) tansiyon takibi, 7'sinin (%3.5) aşı, 11'inin (%5.5) aile planlaması, 16'sının (%8.0) diğer nedenlerle sağlık ocağına geldiği görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın tercih nedeni dağılımına bakıldığında; 54'ünün (%27.0) evime yakın, 20'sinin (%10.0) tanıdıkların tavsiyesi, 40'ının (%20.0) hizmeti beğenme, 30'unun (%15.0) alışkanlık, 10'unun (%5.0) alternatifin olmaması, 20'sinin (10.0) prosedür gereği, 26'sının (13.0) işlemlerin daha kısa zamanda yapılması cevabını verdikleri görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki 200 hastanın başvurularının ekonomik nedeni dağılımına bakıldığında; 32'sinin (%16.0) muayene ücreti az, 52'sinin (%26.0) ulaşım maliyeti az,

104'ünün (%52.0) maddi yük benim için fark etmez, 12'sinin (%6.0) ilaçları ücretsiz elde edebildiğim için tercih ediyorum cevabını verdiği görülmüştür.

4.2.3.Alt Problemler

— Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevaplar;

- a) Cinsiyet
- b) Yaş
- c) Medeni durum
- d) Meslek
- e) Eğitim durumu
- f) Aylık gelir düzeyi
- g) Sosyal güvence
- h) Bir sağlık kuruluşuna gelme sıklığı
- i) Bu sağlık ocağına kaçınıcı gelişi
- j) Sağlık ocağına geliş şekli
- k) Sağlık ocağına geliş nedeni
- l) Sağlık ocağını tercih nedeni
- m) Ekonomik neden, değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

— Hastaneden alınan örneklemin, sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevaplar;

- a) Cinsiyet
- b) Yaş
- c) Medeni durum
- d) Meslek
- e) Eğitim durumu
- f) Aylık gelir düzeyi
- g) Sosyal güvence
- h) Bir sağlık kuruluşuna gelme sıklığı
- i) Bu hastaneye kaçınıcı gelişi
- j) Hastaneye geliş şekli
- k) Hastaneye geliş nedeni
- l) Hastaneyi tercih nedeni
- m) Ekonomik neden, değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

— Tüm örnekleme yer alan hastaların sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevaplar sağlık kurumu türüne (Sağlık ocağı / Hastane) göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

4.2.3.1. Birinci Alt Probleme İlişkin Bulgular

Birinci alt problem “Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevapların; cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, sosyal güvence, bir sağlık kuruluşuna gelme sıklığı, bu sağlık ocağına kaçınıcı gelişi, sağlık ocağına geliş şekli, sağlık ocağına geliş nedeni, sağlık ocağını tercih nedeni ve tercihin ekonomik nedeni değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” şeklinde ifade edilmiştir. Aşağıda bu probleme ilişkin bulgular tablolar halinde verilmiş ve yorumlanmıştır.

Tablo 4.3 Hastaların Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Ölçeğine Verdiği Cevapların Cinsiyet ve Sağlık Ocağına Geliş Şekli Değişkenlerine Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin t-Testi Tablosu

Değişken	Alt boyutları	n	\bar{X}	S	t	P
Cinsiyet	Kadın	112	54.4643	4.99897	.569	.570
	Erkek	88	54.9091	6.05271		
Geliş Şekli	Doğrudan Sağlık Ocağı	156	55.6218	5.12847	4.943	.000
	Başka Kişi Yönlendirme	44	51.2500	5.36624		

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hastaların sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevapların cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte ($t=.569$; $p>.05$) olduğu görülmektedir.

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hastaların sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevapların sağlık ocağına geliş şekli değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte ($t=4.943$; $p<.05$) olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastalardan doğrudan sağlık ocağına gelenlerin sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevaplardan elde edilen puanların ortalaması $\bar{X}= 55.62$ iken, başka kişi veya kurumların yönlendirmesiyle sağlık ocağından hizmet alanların puan ortalamaları $\bar{X}=51.25$ 'dir. Ortalamalar arasındaki bu farkın nedeni ise sağlık ocağına doğrudan gelenlerin tercihlerini sağlık ocağı yönünde kullanmalarından kaynaklanmaktadır. Başka kişi veya kurum tarafından yönlendirilenlerin memnuniyet düzeyinin daha düşük olmasının nedeni ise bu kişilerin zorunlu olarak ilk basamak hizmeti kullanmaları gereğinden kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.4 Tablo 4.5' de Yer Alan F Testine İlişkin Betimsel Tablo

Değişken	Alt boyutları	n	\bar{X}	S
Yaş	19'dan Küçük	15	51.0667	6.26175
	20-29	35	53.1429	4.51887
	30-39	46	53.3696	5.23815
	40-49	47	53.9787	5.54229
	50-59	31	57.6774	5.04240
	60 ve Üzeri	26	58.6923	3.09541
Medeni Durum	Bekar	35	52.7714	5.46155
	Evli	138	55.1957	4.96537
	Dul	27	54.3704	7.37015
Meslek	Yok	5	54.6600	5.47763
	Ev Hanımı	67	55.7910	3.96017
	Kamu Personel	30	50.3333	5.85063
	Ücretli	45	54.3556	5.31360
	Emekli	31	59.8387	2.95631
	Öğrenci	22	51.7273	4.65149
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	7	58.5714	3.35942
	Okur Yazar	17	59.0588	5.81454
	İlkokul	62	55.8710	4.03868
	Ortaokul	44	53.5682	5.06423
	Lise	41	52.6098	5.98698
	Üniversite	29	53.1034	6.00205
Gelir Düzeyi	0-349	68	54.7206	4.29107
	350-699	46	56.9783	5.09679
	700-1049	61	53.8852	5.69239
	1050-1399	16	55.4375	5.13769
	1400 ve Üzeri	9	46.2222	6.05759
Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	64	53.1719	5.75024
	SSK	54	56.1296	4.15750
	Bağ-kur	47	53.8298	6.25307
	Yeşil Kart	25	56.4800	4.77947
	Güvence Yok	10	55.6000	5.18973

Tablo 4.4'ün Devamı

Gelme Sıklığı	Haftada Birden Fazla	5	56.2000	2.16795
	Haftada Bir	13	56.9231	4.07148
	Ayda Bir	98	56.2653	4.95870
	Yılda Birkaç Kez	82	52.4390	5.57352
	Birkaç Yılda Bir	2	48.5000	6.36396
Kaçınıcı Gelişi	İlk	7	54.8571	4.59814
	2	7	51.0000	4.61880
	3	14	52.1429	7.14527
	4	19	49.5263	5.55146
	5 ve Daha Fazla	153	55.6863	4.90230
Geliş Nedeni	İlk Muayene	86	55.3372	4.18572
	Kronik	51	56.8431	5.29669
	Enjeksiyon Pansuman	17	50.1176	3.44388
	Tansiyon Takibi	12	58.3333	3.39340
	Aşı	7	56.1429	3.13202
	Aile Planlaması	11	52.7273	7.36330
	Diğer	16	46.8125	4.65072
Tercih Nedeni	Evime Yakın	54	54.9815	4.57842
	Tanıdıkların Tavsiyesi	20	56.0500	4.50117
	Hizmeti Beğenme	40	55.6250	4.17985
	Alışkanlık	30	58.9333	4.16002
	Alternatifin Olmaması	10	48,7000	6,14727
	Prosedür Gereği	20	50,4000	4,81664
	İşlemlerin Daha Kısa Zamanda Yapılması	26	52.0769	6.29236
Ekonomik Neden	Muayene Ücreti Az	32	55.8125	4.51833
	Ulaşım Maliyeti Az	52	54.5000	5.08169
	Maddi Yük Benim İçin Fark Etmez	104	53.9808	5.99187
	İlaçları Ücretsiz Elde Edebildiğim İçin	12	58.1667	2.75791

Tablo 4.5 Sağlık Hizmetlerini Değerlendirme Ölçeğine Verdikleri Cevaplardan Elde Edilen Puanların (Yaş, Medeni Durum, Meslek, Eğitim Durumu, Gelir Düzeyi, Sosyal Güvence, Sağlık Ocağına Gelme Sıklığı, Sağlık Ocağına Kaçınıcı Gelişi, Sağlık Ocağına Geliş Nedeni, Sağlık Ocağına Tercih Nedeni ve Ekonomik Nedeni Değişkenlerine Göre) Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Yapılan F Testi Tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	K.T.	Sd.	K.O.	F	p	Fark* (Tukey)
Yaş	Gruplar Arası	1077.652	5	215.530	8.545	.000	1-5;1-6
	Gruplar İçi	4893.228	194	25.223			2-5;2-6
	Toplam	5970.880	199				3-5;3-6 4-5;4-6
Medeni Durum	Gruplar Arası	166.695	2	83.347	2.829	.061	-
	Gruplar İçi	5804.185	197	29.463			
	Toplam	5970.880	199				
Meslek	Gruplar Arası	1832.270	5	366.454	17.178	.000	1-2;1-5
	Gruplar İçi	4138.610	194	21.333			2-3;2-5
	Toplam	5970.880	199				2-6;3-4 3-5;4-5 5-6
Eğitim Durumu	Gruplar Arası	822.016	5	164.403	6.194	.000	2-4;2-5
	Gruplar İçi	5148.864	194	26.541			2-6;3-5
	Toplam	5970.880	199				
Gelir Düzeyi	Gruplar Arası	934.521	4	233.630	9.046	.000	1-5;2-3
	Gruplar İçi	5036.359	195	25.827			2-5;3-5
	Toplam	5970.880	199				4-5
Sosyal Güvence	Gruplar Arası	382.400	4	95.600	3.336	.011	1-2
	Gruplar İçi	5588.480	195	28.659			
	Toplam	5970.880	199				
Gelme Sıklığı	Gruplar Arası	811.360	4	202.840	7.666	.000	2-4;3-4
	Gruplar İçi	5159.520	195	26.459			
	Toplam	5970.880	199				

Tablo 4.5'in Devamı

Kaçınıcı Gelişi	Gruplar Arası	844.631	4	211.158	8.032	.000	4-5
	Gruplar İçi	5126.249	195	26.288			
	Toplam	5970.880	199				
Geliş Nedeni	Gruplar Arası	1837.006	6	306.168	14.294	.000	1-3;1-7 2-3;2-7 3-4;4-7 5-7;6-7
	Gruplar İçi	4133.874	193	21.419			
	Toplam	5970.880	199				
Tercih Nedeni	Gruplar Arası	1520.961	6	253.493	10,994	,000	1-4;1-5 1-6;2-5 2-6;3-5 3-6;3-7 4-5;4-6 4-7;6-7
	Gruplar İçi	4449,919	193	23,057			
	Toplam	5970,880	199				
Ekonomik Nedeni	Gruplar Arası	239,377	3	79,792	2,729	,045	2-4
	Gruplar İçi	5731.503	196	29.242			
	Toplam	5970.880	199				

Sağlık ocağından alınan örneklemin, Sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan elde edilen puanların (yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence, hastaneye gelme sıklığı, hastaneye kaçınıcı gelişi, hastaneye geliş nedeni, hastaneyi tercih nedeni ve ekonomik nedeni değişkenlerine göre) farklılık gösterip göstermediğine, ilişkin yapılan F testi sonuçları yukarıdaki tabloda verilmiştir. Buna göre, medeni durum dışındaki diğer bütün değişkenlere göre puanlar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olduğu görülmüştür.

Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan alınan puanların yapılan F testi sonucu yaş değişkenine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır [yaş değişkeni için ise; $F_{(5-199)} = 8,545$; $p < .05$].

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; yaş değişkeninde görülen farklılığın sebebi; 19' dan küçük olanlar ile 50-59 yaşları arasında, 19' dan küçük ile 60 ve üzeri yaşlar arasında, 20-29 ile 50-59 yaşları arasında, 20-29 ile 60 ve üzeri yaşlar arasında, 30-39 ile 50-59 yaşları arasında, 30-39 ile 60 ve üzeri yaşlar arasında, 40-49 ile 50-59 yaşları arasında ve 40-49 ile 60 ve üzeri yaşlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. İlgili betimsel tablo incelendiğinde yaş değişkenine göre hastaların

hastaneden aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; 50-59 yaşları arasındaki grubun, 19' dan küçük olan gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=57,6774 > \bar{X}=51,0667$), 60 ve üzeri yaş grubunun 19' dan küçük olan gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=58,6923 > \bar{X}=51,0667$), 50-59 yaşları arasındaki grubun 20-29 yaşları arasındaki gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=57,6774 > \bar{X}=53,1429$), 60 ve üzeri yaş grubunun 20-29 yaşları arasındaki gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=58,6923 > \bar{X}=53,1429$), 50-59 yaşları arasındaki grubun 30-39 yaşları arasındaki gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=57,6774 > \bar{X}=53,3696$), 60 ve üzeri yaş grubunun 30-39 yaşları arasındaki gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=58,6923 > \bar{X}=53,3696$), 50-59 yaşları arasındaki grubun 40-49 yaşları arasındaki gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=57,6774 > \bar{X}=53,9787$), 60 ve üzeri yaş grubunun 40-49 yaşları arasındaki gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=58,6923 > \bar{X}=53,9787$) sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan alınan puanların yapılan F testi sonucu meslek değişkenine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır [meslek değişkeni için ise; $F_{(5-199)}= 17,178$; $p<.05$].

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; meslek değişkeninde görülen farklılığın sebebi; mesleği olmayanlar ile ev hanımları arasında, mesleği olmayanlar ile emekliler arasında, ev hanımları ile kamu personelleri arasında, ev hanımları ile emekliler arasında, ev hanımları ile öğrenciler arasında, kamu personelleri ile ücretli çalışanlar arasında, kamu personelleri ile emekliler arasında, ücretliler ile emekliler arasında, emekliler ile öğrenciler arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. İlgili betimsel tablo incelendiğinde meslek değişkenine göre hastaların sağlık ocağından aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; mesleği ev hanımı olanların mesleği olmayanlara göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=55,7910 > \bar{X}=54,6600$), emeklilerin mesleği olmayanlara göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=59,8387 > \bar{X}=54,6600$), ev hanımlarının kamu personellerine göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=55,7910 > \bar{X}=50,3333$), emeklilerin ev hanımlarına göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=59,8387 > \bar{X}=55,7910$), ev hanımlarının öğrencilere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=55,7910 > \bar{X}=51,7273$), ücretli çalışanların kamu personellerine göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=54,3556 > \bar{X}=50,3333$), emeklilerin kamu personellerine göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=59,8387 > \bar{X}=50,3333$), emeklilerin ücretlilere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=59,8387 > \bar{X}=54,3556$), emeklilerin öğrencilere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=59,8387 > \bar{X}=51,7273$) sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan alınan puanların yapılan F testi sonucu eğitim durumu değişkenine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır [eğitim durumu değişkeni için ise; $F_{(5-199)} = 6,194$; $p < .05$].

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; eğitim durumu değişkeninde görülen farklılığın sebebi; okuryazarlar ile ortaokul mezunları arasında, okuryazarlar ile lise mezunları arasında, okuryazarlar ile Üniversite mezunları arasında, ilkokul mezunları ile lise mezunları arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. İlgili betimsel tablo incelendiğinde eğitim durumu değişkenine göre hastaların sağlık ocağından aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; okuryazarların ortaokul mezunlarına göre daha fazla memnun oldukları ($\bar{X}=59,0588 > \bar{X}=53,5682$), okuryazarların lise mezunlarına göre daha fazla memnun oldukları ($\bar{X}=59,0588 > \bar{X}=52,6098$), okuryazarların üniversite mezunlarına göre daha fazla memnun oldukları ($\bar{X}=59,0588 > \bar{X}=53,1034$), ilkokul mezunlarının lise mezunlarına göre daha fazla memnun oldukları ($\bar{X}=55,8710 > \bar{X}=52,6098$), sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan alınan puanların yapılan F testi sonucu gelir düzeyi değişkenine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır [gelir düzeyi değişkeni için ise; $F_{(4-199)} = 9,046$; $p < .05$].

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; gelir düzeyi değişkeninde görülen farklılığın sebebi geliri; 349'dan az olanlar ile 1400'den fazla olanlar arasında, 350-699 ile 700-1049 olanlar arasında, 350-699 ile 1400'den fazla olanlar arasında, 700-1049 ile 1400'den fazla olanlar arasında, 1050-1399 ile 1400'den fazla olanların arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. İlgili betimsel tablo incelendiğinde gelir düzeyi değişkenine göre hastaların sağlık ocağından aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; geliri, 349'dan az olanların 1400'den fazla olanlara göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=54,7206 > \bar{X}=46,2222$), 350-699 arasında olanların 700-1049 olanlara göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=56,9783 > \bar{X}=53,8852$), 350-699 arasında olanların 1400'den fazla olanlara göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=56,9783 > \bar{X}=46,2222$), 700-1049 arasında olanların 1400'den fazla olanlara göre daha fazla memnun oldukları ($\bar{X}=53,8852 > \bar{X}=46,2222$), 1050-1399 arasında olanların 1400'den fazla olanlara göre daha fazla memnun oldukları ($\bar{X}=55,4375 > \bar{X}=46,2222$) sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan alınan puanların yapılan F testi sonucu sosyal güvence değişkenine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır [sosyal güvence değişkeni için ise; $F_{(4-199)} = 3,336$; $p < .05$].

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; sosyal güvence değişkeninde görülen farklılığın sebebi Emekli Sandığı ile SSK arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. İlgili betimsel tablo incelendiğinde sosyal güvence değişkenine göre hastaların sağlık ocağından aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; sosyal güvencesi SSK olanların Emekli Sandığı olanlara göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=56,1296 > \bar{X}=53,1719$) sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan alınan puanların yapılan F testi sonucu gelme sıklığı değişkenine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır [gelme sıklığı değişkeni için ise; $F_{(4-199)}= 7,666$; $p<.05$].

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; gelme sıklığı değişkeninde görülen farklılığın sebebi haftada bir kez gelenler ile yılda birkaç kez gelenler arasında ve ayda bir kez gelenler ile yılda birkaç kez gelenler arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. İlgili betimsel tablo incelendiğinde gelme sıklığı değişkenine göre hastaların sağlık ocağından aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; haftada bir kez gelenlerin yılda birkaç kez gelenlere göre daha fazla memnun oldukları ($\bar{X}=56,9231 > \bar{X}=52,4390$) ve ayda bir kez gelenlerin yılda birkaç kez gelenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=56,2653 > \bar{X}=52,4390$) sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan alınan puanların yapılan F testi sonucu geliş sayısı değişkenine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır [geliş sayısı değişkeni için ise; $F_{(4-199)}= 8,032$; $p<.05$].

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; geliş sayısı değişkeninde görülen farklılığın sebebi 4 kez gelenler ile 5 ve daha fazla gelenler arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. İlgili betimsel tablo incelendiğinde geliş sayısı değişkenine göre hastaların sağlık ocağından aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; 5 ve daha fazla gelenlerin 4 kez gelenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=55,6863 > \bar{X}=49,5263$) sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan alınan puanların yapılan F testi sonucu geliş nedeni değişkenine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır [geliş nedeni değişkeni için ise; $F_{(6-199)}= 14,294$; $p<.05$].

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; geliş nedeni değişkeninde görülen farklılığın sebebi ilk muayene için gelenler ile enjeksiyon ve pansuman için gelenler arasında, ilk muayene diğer nedenlerle gelenler arasında, kronik hastalık kontrolü için gelenler ile enjeksiyon-pansuman için gelenler arasında, kronik hastalık kontrolü için gelenler ile diğer nedenlerle gelenler arasında, enjeksiyon-pansuman için gelenler ile tansiyon için gelenler arasında, tansiyon için gelenler ile diğer nedenlerle gelenler

arasında, aşı için gelenler ile diğer nedenlerle gelenler arasında, aile planlaması için gelenler ile diğer nedenlerle gelenler arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır İlgili betimsel tablo incelendiğinde geliş nedeni değişkenine göre hastaların sağlık ocağından aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; ilk muayene için gelenlerin enjeksiyon ve pansuman için gelenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=55,3372 > \bar{X}=50,1176$), ilk muayene için gelenlerin diğer nedenlerle gelenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=55,3372 > \bar{X}=46,8125$), kronik hastalık kontrolü için gelenlerin enjeksiyon-pansuman için gelenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=56,8431 > \bar{X}=50,1176$), kronik hastalık kontrolü için gelenlerin diğer nedenlerle gelenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=56,8431 > \bar{X}=46,8125$), tansiyon için gelenlerin enjeksiyon-pansuman için gelenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=58,3333 > \bar{X}=50,1176$), tansiyon için gelenlerin diğer nedenlerle gelenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=58,3333 > \bar{X}=46,8125$), aşı için gelenlerin diğer nedenlerle gelenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=56,1429 > \bar{X}=46,8125$), aile planlaması için gelenlerin diğer nedenlerle gelenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=52,7273 > \bar{X}=46,8125$) sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan alınan puanların yapılan F testi sonucu tercih nedeni değişkenine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır [tercih nedeni değişkeni için ise; $F_{(6-199)}= 10,994$; $p<.05$].

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; tercih nedeni değişkeninde görülen farklılığın sebebi evime yakın diyenler ile alışkanlık diyenler arasında, evime yakın diyenler ile alternatifin olmaması diyenler arasında, evime yakın diyenler ile prosedür gereği diyenler arasında, tanıdıkların tavsiyesi diyenler ile alternatifin olmaması diyenler arasında, tanıdıkların tavsiyesi diyenler ile prosedür gereği diyenler arasında, Hizmeti beğenme diyenler ile alternatifin olmaması diyenler arasında Hizmeti beğenme diyenler ile prosedür gereği diyenler arasında, Hizmeti beğenme diyenler ile işlemlerin daha kısa zamanda yapılması diyenler arasında, alışkanlık diyenler ile alternatifin olmaması diyenler arasında, alışkanlık diyenler ile prosedür gereği diyenler arasında, alışkanlık diyenler ile işlemlerin daha kısa zamanda yapılması diyenler arasında, prosedür gereği diyenler ile işlemlerin daha kısa zamanda yapılması diyenler arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. İlgili betimsel tablo incelendiğinde tercih nedeni değişkenine göre hastaların sağlık ocağından aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; tercih nedeni alışkanlık olanların evime yakın diyenlere göre daha fazla memnun oldukları ($\bar{X}=58,9333 > \bar{X}=54,9815$), evime yakın diyenlerin alternatifin olmaması diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=54,9815 > \bar{X}=48,7000$), evime yakın diyenlerin

prosedür gereği diyenlere göre daha fazla memnun oldukları ($\bar{X}=54,9815 > \bar{X}=50,4000$), tanıdıkların tavsiyesi diyenlerin alternatifin olmaması diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=56,0500 > \bar{X}=48,7000$), tanıdıkların tavsiyesi diyenlerin prosedür gereği diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=56,0500 > \bar{X}=50,4000$), Hizmeti beğenme diyenlerin alternatifin olmaması diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=55,6250 > \bar{X}=48,7000$), Hizmeti beğenme diyenlerin prosedür gereği diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=55,6250 > \bar{X}=50,4000$), Hizmeti beğenme diyenlerin işlemlerin daha kısa zamanda yapılması diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=55,6250 > \bar{X}=52,0769$), alışkanlık diyenlerin alternatifin olmaması diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=58,9333 > \bar{X}=48,7000$), alışkanlık diyenlerin prosedür gereği diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=58,9333 > \bar{X}=50,4000$), alışkanlık diyenlerin işlemlerin daha kısa zamanda yapılması diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=58,9333 > \bar{X}=52,0769$), işlemlerin daha kısa zamanda yapılması diyenlerin prosedür gereği diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=52,0769 > \bar{X}=50,4000$) sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık ocağından alınan örneklemin, sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan alınan puanların yapılan F testi sonucu ekonomik neden değişkenine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır [ekonomik neden değişkeni için ise; $F_{(3-199)}= 2,729$; $p<.05$].

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; ekonomik neden değişkeninde görülen farklılığın sebebi; ulaşım maliyeti az diyenler ile ilaçları ücretsiz elde edebildiğim için diyenler arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır İlgili betimsel tablo incelendiğinde ekonomik neden değişkenine göre hastaların sağlık ocağından aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; ilaçları ücretsiz elde edebildiğim için diyenlerin ulaşım maliyeti az diyenlere göre daha fazla memnun olduğu ($X=58,1667 > X =54,5000$) sonucuna ulaşılmaktadır.

4.2.3.2.İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular

İkinci alt problem “Hastaneden alınan örneklemin, sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevaplar; cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, sosyal güvence, bir sağlık kuruluşuna gelme sıklığı, bu hastaneye kaçınıcı gelişi, hastaneye geliş şekli, hastaneye geliş nedeni, hastaneyi tercih nedeni ve ekonomik neden değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” şeklinde ifade edilmiştir. Aşağıda bu probleme ilişkin bulgular tablolar halinde verilmiş ve yorumlanmıştır.

Tablo 4.6. Hastaların Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Ölçeğine Verdiği Cevapların Cinsiyet ve Hastaneye Geliş Şekli Değişkenlerine Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin t-Testi Tablosu

Değişken	Alt boyutları	n	\bar{X}	S	t	P
Cinsiyet	Kadın	101	51.0792	6.28758	1.122	.263
	Erkek	98	50.0918	6.12597		
Geliş Şekli	Doğrudan Hastane	102	50.9706	6.31273	.879	.381
	Başka Kişi Yönlendirme	97	50.1959	6.11289		

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hastaların sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevaplar cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. (t=1.12; p>0.05).

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hastaların sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevaplar hastaneye geliş şekli değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=.87; p>0.05).

Tablo 4.7 Tablo 4.8' de Yer Alan F Testine İlişkin Betimsel Tablo

Değişken	Alt boyutları	n	\bar{X}	S
Yaş	19'dan Küçük	25	48.7200	5.73382
	20-29	32	52.5625	6.41539
	30-39	53	51.7925	5.13045
	40-49	49	48.1224	5.88300
	50-59	22	53.0000	6.83827
	60 ve Üzeri	18	49.9444	7.04166
Medeni Durum	Bekar	41	50.9756	6.92274
	Evli	131	50.1298	5.84860
	Dul	27	52.2593	6.70587
Meslek	Yok	5	52.2000	2.77489
	Ev Hanımı	53	50.7170	6.47889
	Kamu Personel	41	49.5610	6.03759
	Ücretli	50	51.2800	6.49659
	Emekli	22	53.2727	5.77500
	Öğrenci	28	48.2500	5.47469

Tablo 4.7'nin Devamı

Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	10	51.8000	4.66190
	Okuryazar	8	53.6250	5.92663
	İlkokul	54	51.2407	5.37266
	Ortaokul	38	50.2105	6.95218
	Lise	56	49.9107	6.67227
	Üniversite	33	50.0303	6.32695
Gelir Düzeyi	0-349	53	50.6604	5.13264
	350-699	49	51.9796	5.75359
	700-1049	58	49.8103	6.65558
	1050-1399	30	48.6667	6.85984
	1400 ve Üzeri	9	54.1111	7.42369
Sosyal Güvence	Emekli Sandığı	73	49.2603	6.46793
	SSK	42	52.9286	7.30651
	Bağ-kur	30	48.9667	5.59854
	Yeşil Kart	36	51.5556	4.05283
	Güvence Yok	15	50.4667	4.65781
	Diğer	3	55.6667	7.23418
Gelme Sıklığı	Haftada Birden Fazla	6	53.3333	4.63321
	Haftada Bir	14	51.2857	8.44374
	Ayda Bir	78	50.6154	6.06508
	Yılda Birkaç Kez	80	49.8000	6.09087
	Birkaç Yılda Bir	21	52.2857	5.84074
Kaçınıcı Gelişi	İlk Kez	21	51.6190	5.57204
	2	27	50.5926	5.71273
	3	26	51.9231	5.26059
	4	15	48.7333	5.90964
	5 ve Daha Fazla	110	50.3364	6.68049

Tablo 4.7'nin Devamı

Geliş Nedeni	İlk Muayene	81	51.3457	5.31780
	Kronik	21	52.5238	7.78858
	Enjeksiyon-Pansuman	58	49.8448	6.49102
	Tansiyon Takibi	11	47.0000	9.01110
	Aşı	5	51.0000	2.82843
	Aile Planlaması	17	49.2353	5.33303
	Diğer	6	51.0000	5.17687
Tercih Nedeni	Evime Yakın	18	48.4444	8.26205
	Tanıdıkların Tavsiyesi	10	53.6000	3.71782
	Hizmeti Beğenme	81	51.3951	6.25436
	Alışkanlık	60	50.1500	4.51673
	Alternatifin Olmaması	30	49.6000	7.78416
Tercihin Ekonomik Nedeni	Muayene Ücreti Az	52	50.6731	5.16292
	Ulaşım Maliyeti Az	61	50.3279	7.92196
	Maddi Yük Benim İçin Fark etmez	76	51.0526	5.42069
	İlaçları Ücretsiz Elde Edebildiğim İçin	10	48.3000	5.16505

Tablo 4.8 Sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan elde edilen puanların (yaş, medeni durum, Meslek, Eğitim durumu, Gelir düzeyi, Sosyal güvence, hastaneye Gelme sıklığı, hastaneye Kaçınıcı gelişi, hastaneye Geliş nedeni, hastaneyi Tercih nedeni ve Ekonomik nedeni değişkenlerine göre) farklılık gösterip göstermediğine, ilişkin yapılan F testi tablosu

Değişken	Varyansın Kaynağı	K.T.	Sd.	K.O.	F	p	Fark* (Tukey)
Yaş	Gruplar Arası	722.188	5	144.438	4.028	.002	2-4
	Gruplar İçi	6919.842	193	35.854			3-4
	Toplam	7642.030	198				4-5
Medeni Durum	Gruplar Arası	109.075	2	54.538	1.419	.244	-
	Gruplar İçi	7532.955	196	38.433			
	Toplam	7642.030	198				

Tablo 4.8'in Devamı

Meslek	Gruplar Arası	392.684	5	78.537	2.091	.068	-
	Gruplar İçi	7249.346	193	37.561			
	Toplam	7642.030	198				
Eğitim Durumu	Gruplar Arası	152.846	5	30.569	.788	.560	-
	Gruplar İçi	7489.184	193	38.804			
	Toplam	7642.030	198				
Gelir Düzeyi	Gruplar Arası	352.694	4	88.174	2.347	.056	-
	Gruplar İçi	7289.336	194	37.574			
	Toplam	7642.030	198				
Sosyal Güvence	Gruplar Arası	352.694	4	88.174	2.347	.056	-
	Gruplar İçi	7289.336	194	37.574			
	Toplam	7642.030	198				
Gelme Sıklığı	Gruplar Arası	162.292	4	40.573	1.052	.381	-
	Gruplar İçi	7479.738	194	38.555			
	Toplam	7642.030	198				
Kaçınıcı Gelişi	Gruplar Arası	127.225	4	31.806	.821	.513	-
	Gruplar İçi	7514.805	194	38.736			
	Toplam	7642.030	198				
Geliş Nedeni	Gruplar Arası	331.809	6	55.301	1.452	.197	-
	Gruplar İçi	7310.221	192	38.074			
	Toplam	7642.030	198				
Tercih Nedeni	Gruplar Arası	266.978	4	66.744	1.756	.139	-
	Gruplar İçi	7375.052	194	38.016			
	Toplam	7642.030	198				
Tercihin Ekonomik Nedeni	Gruplar Arası	73.256	3	24.419	.629	.597	-
	Gruplar İçi	7568.774	195	38.814			
	Toplam	7642.030	198				

Hastaneden alınan örneklemin, Sağlık hizmetlerini değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplardan elde edilen puanların (yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence, hastaneye gelme sıklığı, hastaneye kaçınıcı gelişi, hastaneye geliş nedeni, hastaneyi tercih nedeni ve ekonomik nedeni değişkenlerine göre) farklılık gösterip göstermediğine, ilişkin yapılan F testi sonuçları yukarıdaki tabloda verilmiştir. Buna göre, yaş değişkeni dışındaki diğer bütün değişkenlere göre puanlar arasında anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür [yaş değişkeni için ise; $F_{(5-198)}=4.028$; $p<.05$] sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuca paralel olarak yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre; yaş değişkeninde görülen farklılığın sebebi 20-29 ile 40-49 yaşları arasında, 30-39 ile 40-49 yaşları arasında ve 40-49 ile 50-59 yaşları arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. İlgili betimsel tablo incelendiğinde yaş değişkenine göre hastaların hastaneden aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında ise; 20-29 yaşları arasındaki grubun 40-49 yaşları arasındaki gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=52,5625 > \bar{X}=48,1224$), 30-39 yaşları arasındaki grubun 40-49 yaşları arasındaki gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=51,7925 > \bar{X}=48,1224$) ve 50-59 yaşları arasındaki grubun 40-49 yaşları arasındaki gruba göre daha fazla memnun olduğu ($\bar{X}=53,0000 > \bar{X}=48,1224$) sonucuna ulaşılmaktadır.

4.2.3.3.Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular

Üçüncü alt problem “Tüm örnekleme yer alan hastaların sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevaplar sağlık kurumu türüne (Sağlık ocağı/Hastane) göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” şeklinde ifade edilmiştir. Aşağıda bu probleme ilişkin bulgular tablolar halinde verilmiş ve yorumlanmıştır.

Tablo 4.9 Hastaların Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Ölçeğine Verdiği Cevapların Sağlık Kurumu Türüne (Sağlık Ocağı/Hastane) Göre Farklılaşma Durumuna İlişkin t-Testi Tablosu

Grup	n	\bar{X}	S	t	p
Hastane	199	54.66	5.47	6.937	.000
Sağlık Ocağı	200	50.59	6.21		

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, hastaların sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevapların sağlık kurumu türüne (sağlık ocağı/hastane) göre anlamlı farklılık gösterdiği ($t=6.93$; $p<0.05$) sonucuna ulaşılmaktadır. Sağlık ocağından araştırmaya katılan

deneklerin sağlık hizmetleri değerlendirme ölçeğine verdiği cevaplardan elde edilen puanların ortalaması $\bar{X}= 50.59$ iken, hastaneden hizmet alanların puan ortalamaları $\bar{X}=54.66$ 'dır.

Kullanılan ölçek 5'li likert tipinde ancak, puanlaması 5=Her zaman, 4=Çoğunlukla, 3=Bazen, 2=Nadiren, 1=Hiçbir Zaman, şeklinde olduğu için yüksek puan ortalamasına sahip grubun düşük puan ortalamasına sahip gruba göre, aldığı sağlık hizmetlerden daha çok memnun olduğu sonucu çıkartılabilir. Buradan hareketle, hastaneden hizmet alan grubun sağlık ocağından hizmet alan gruba göre memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

SONUÇ

Türkiye’de sağlık sorunlarının temelinde yatan nedenler, finansman, altyapı, (teknik kapasite ve sağlık insan gücünün nitelik-nicelik düzeyi ile yurt genelinde dengesiz dağılım) eğitim, beslenme v.b sorunlardır. Buna bağlı olarak sağlık düzeyimizin ülke çapında yükselmesinde en önemli kazancın TSH’nin geliştirilmesinden geçeceği de açıktır. Birinci basamak sağlık kurumlarında araç- gereç, fizik olanaklar yetersiz, personel motivasyonsuz, halkın hizmetlerden memnuniyet düzeyi düşüktür. Birinci basamak ile ikinci basamaklar arasında sevk sistemi yoktur. Hastaların birinci basamak kuruluşların sevki olmaksızın ikinci basamak olan hastanelere başvurması yasal olarak engellense de uygulamada durum böyle değildir. Basamaklarla, sevk zinciri ile birbirine bağlı bir birinci basamak sağlık örgütlenmesi bulunmasına rağmen başta birbirini izleyen hükümetler bu işleyişi çalıştıramamışlardır. Toplumda da genellikle birinci basamağı kullanma alışkanlığı oluşmamıştır. Günümüz Türkiye’inde yönlenme, gerek arz, gerekse talep bakımında ileri basamak sağlık hizmetlerine yani hastanelere olmaktadır. Uygulamada sadece emekli sandığı çalışanları zorunlu olarak önce birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Birinci Basamak birimler olarak sağlık ocakları yeterince desteklenmemiştir. Sağlık yöneticileri ve halk, sağlık hizmetleri denildiğinde hastaneleri düşünmektedirler. Donanım ve insan gücü bakımından hastanelerin gelişmiş olması nedeniyle hastalara hastanelerin kullanılması özendirilmiş ve alıştırılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterince önem verilememesi de sağlık hizmetlerinin hastane ağırlıklı olmasına yol açmıştır.

Etkin bir sevk sistemi olmaması nedeniyle hizmet sunumu verimsizdir. Birinci basamağı kullanmak için yeterli teşvik olmadığından hastalar, sorunlarının büyük bir bölümünü birinci basamakta çözebilecek iken genellikle hastane önlerinde yığılmaktadırlar.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyetin birçok belirleyici unsuru vardır. Memnuniyetin en önemli belirleyicisi hastaların beklentisidir. Hastaların beklentilerini belirleyen faktörler arasında literatürde en önemli gösterge olarak gösterilen cinsiyet, öğrenim durumu, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi ve mesleği bu çalışmada bağımsız değişken olarak ele alınmıştır. Burada iki sağlık kurumu arasındaki memnuniyet puanları analiz edilerek memnuniyet farklarının kaynakları ortaya konmuştur.

Bu noktada bu iki sağlık kurumu arasında görünen farklılıklar için öncelikle hastaneye başvuranların eğitim durumlarına bakıldığında en büyük oranı %28 ile lise mezunları oluşturmakta iken sağlık ocağına başvuranların eğitim durumuna bakıldığında ise en büyük oranı % 31 ile ilkokul mezunları oluşturmaktadır. Ancak öğrenim durumu ile başvuru

durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamaması, toplumun sevk zinciri konusunda yetersiz bilgiye sahip olduğunu göstermektedir.

Hastaneye başvuranların gelir düzeylerine bakıldığında en yüksek payı, %29 ile 700-1049 YTL. Geliri olanlar almaktadır. Sağlık ocağında ise en yüksek payı % 34 ile 0-349 YTL. ile düşük gelir grubu oluşturmaktadır. Bu duruma bakarak sağlık ocağını genellikle düşük gelir düzeyindeki bireylerin tercih ediyor olduğunu söyleyebiliriz.

Hastaneye başvuranların sosyal güvencelerine bakıldığında en yüksek payı %36.5 ile emekli sandığı mensupları oluştururken, sağlık ocağında da en yüksek payı %32.0 ile yine emekli sandığı mensupları oluşturmaktadır. Ancak Emekli Sandığı mensuplarının ikinci basamağa başvurmadan önce birinci basamağa uğramalarının yasalarla zorunlu olmasının bu durum üzerinde etkili olma olasılığı vardır.

Hastaneye başvuran hastaların gelme sıklığı durumuna baktığımız zaman en yüksek payı % 40.5 ile yılda birkaç kez gelenler oluştururken, sağlık ocağında gelme sıklığında en yüksek payı % 32.0 ile haftada birden fazla gelenler oluşturmaktadır. Bu da göstermektedir ki sağlık ocağını tercih edenler sürekli sağlık hizmeti alma ihtiyacı duyanlardır.

Her iki sağlık kurumunda da geliş sayısına baktığımızda hastanede en yüksek payı % 55.5 ile beş ve daha fazla, sağlık ocağında da yine en yüksek payı %76.5 ile beş ve daha fazla oluşturmaktadır. Bu durumu da Pamukova ilçesinde sağlık hizmeti almak için başka sağlık kuruluşunun olamaması ile açıklayabiliriz.

Hastaneye başvuranların doğrudan hastaneye başvurma oranı % 51.5 iken başka bir kurum veya kuruluş tarafından yönlendirilme oranı %48.5 dir. Bu durum hastanelerin birinci basamak olarak kullanıldığının bir göstergesidir. Sağlık ocağına başvuranlarda ise doğrudan başvurma oranı % 78.0 iken, başka kişi veya kurum tarafından yönlendirilme oranı % 22.0 'dır. Sağlık ocaklarının birinci basamak olarak kullanılmasından dolayı doğrudan gelenlerin oranının yüksek olması doğaldır. Başka kişi veya kurum tarafından yönlendirilme nedenleri ise birinci basamak hizmet kullanım zorunluluğu arayan emekli sandığına mensup hastalar oluşturmaktadır.

Hastaneye başvuranların geliş nedenine bakıldığında, en yüksek payı % 40.5 ile ilk muayene almaktadır. Burada hastaların çoğunluğunun hastaneye ilk basamak hizmeti almadan doğrudan başvurduklarını da dikkate alırsak hastaların birinci basamak sağlık kuruluşunda çözümlenebilecek sorunlar için bile hastaneye başvurduğunu söyleyebiliriz. Yatış için gelenlerin oranı ise % 8.5 gibi küçük bir orana sahiptir. Bu da hastanelerin amacı dışında, birinci basamak gibi kullanıldığının bir göstergesidir.

Hastaneye başvuranların hastaneyi tercih nedenleri incelendiğinde, en yüksek payı % 40.5 oranı ile uzman doktor tercihi almaktadır. Bu sonuçta ülkemizde son zamanlarda sıkça

tartışılmakta olan genel pratisyenlik, aile hekimliği konularına dikkat çekmek bakımından önemlidir. İkinci sırada % 30.0 gibi büyük bir orana sahip ayrıntılı tetkik yer almaktadır ki bu durumda sağlık ocaklarının laboratuvar konusundaki yetersizliğinin bir göstergesidir. Sağlık ocaklarında, sağlık hizmetlerinin niteliği bakımından son derece önemli olan laboratuvar hizmetlerinden de yeterince yararlanılmadığı görülmektedir. Sağlık ocağına başvuranların tercih nedenleri de incelendiğinde; oranlar arasında çok büyük farklar olamamakla birlikte en yüksek payı % 27.0 ile evime yakın diyenler oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların ulaşılabilirliği hastaların hizmet almada birinci basamağı tercih etmelerinde ve memnuniyeti olumlu yönde etkileyen bir faktör olarak görülmektedir.

Tercihin ekonomik nedeni incelendiğinde her iki kurum için de en yüksek paya maddi yük benim için fark etmez diyenlerin sahip olduğunu görüyoruz. Burada anlamlı bir farklılık yoktur. Şuan ülkemizde birçok kişinin sosyal güvencesi olduğu düşünülürse bu sonuçta beklenen bir sonuçtur.

Sağlık hizmetlerinde birinci basamak ile ikinci basamaklar arasında sevk sistemi uygulanmaması sonucunda birinci basamakta çözümlenebilecek sorunlar için bile hastaneler kullanılmaktadır. Bu durum hastanelerde kuyruklara neden olmakta, hem sağlık personeli hem de hastalar için gerekli olan zamanın kaybına ve harcamalara yol açmakta, pahalı tetkikler yapılmakta ve sağlık hizmetlerinin maliyeti artmaktadır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar etkili ve verimli bir biçimde kullanılmamaktadır.

Hastanelerin yoğun hasta talebiyle karşılaşması eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de geri planda kalmasına neden olmaktadır.

Ülkemizdeki hastanelerde son yıllarda üzerinde önemle durulan “kalite”, “halkla ilişkiler” gibi yönetim yaklaşımlarından sağlık ocaklarında da yararlanılmalıdır. Yine hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla, kurumlar kendi bünyelerinde ekip oluşturmalı ve kendi koşullarına uygun araştırmalar planlayarak; bu araştırmaları belirli aralıklarla, düzenli olarak yapmalıdırlar. Bunların sonuçlarına göre, gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Kurumda değişen bir şeyler olduğu zaman bunu gören hastalar hem daha memnun olacaklar, hem de bu tür çalışmalara daha fazla ilgi göstereceklerdir.

Birinci basamak sağlık hizmeti kurumları hastaların ilk olarak başvurduğu veya başvurması gereken birimlerdir. Hastalara ilk izlenimi veren en yaygın kurumlar olarak ülkenin sağlık kurumlarının topluma en iyi tanıtılabileceği merkezlerdir. Bu kurumların toplumdaki izlenimini iyileştirmek, topluma yakınlaştırmak; zaman, para, iş ve güç kaybının önlenmesi ile bu faktörlerin daha etkin bir biçimde kullanımını sağlayacaktır. Bu nedenlerle bu kurumların önemi büyüktür. Bu bakımdan sağlık ocaklarının fiziki altyapı, teknik donanım ve nitelikli personel açısından desteklenmesi gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nca yasalarda belirtilen şekilde sevk işleyiş biçimi gözden geçirilerek sevk zincirini düzenleyen mevzuat güncel hale getirilmeli ve uygulamaya geçirilmesi için takip edilmelidir.

Temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında eksikliği hissedilen insan gücü, cihaz ve malzeme açısından sağlık ocakları desteklenmeli ilk basamak tedavi birimleri olarak sağlık ocaklarının etkili ve verimli çalışabilmesi için başta laboratuvar olanakları olmak üzere tüm olanaklar sağlanmalıdır.

Bu şekilde birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımını yaygınlaşması ile ikinci basamakların yükü azaltılmış olacaktır. Bu da sonuç olarak maliyetlerde azalmaya, kaynakların etkin kullanımına ve finansal etkinliğe neden olacaktır.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- ABELSMİTH B., **Value for Money in Health Services**, Heineman Educational Boks Ltd., London, 1976.
- AKALIN G., **Kamu Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, Yayın No. 554, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1986.
- AKALIN G., **Kamu Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, No. 486, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1981.
- AKDOĞAN A., **Kamu Maliyesi**, Gazi Üniversitesi, 3. Basım, Ankara, 1989.
- AKDUR R., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Karşılaştırılması**, Ankara Üniversitesi Atam Yayınları, Ankara, 1991.
- AKSOY Ş., **Kamu Maliyesi (Kamu Harcamaları-Kamu Gelirleri-Bütçe Maliye Politikası)**, 2. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1994.
- BARR N., **The Economics of The Welfare State, Office Health Economics**, London, 1987.
- BAŞOL K., **Demografi- Beşeri Kaynaklar ve Gelir Dağılımı**, İzmir, 1987.
- BECK D. F., **Basic Hospital Financial Management, An Apsen Papplication Memphis**, Tennessee, 1989.
- BELEK İ., **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1994.
- BUCHANAN J. M., TOLLISON R. D., **Theory of Public Choice: Political Applications of Economics**, Misgihan Universty Pres, 1972.
- BULUTOĞLU K., **Kamu Ekonomisine Giriş**, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1981.
- BULUTOĞLU K., **Kamu Ekonomisine Giriş: Devletin Ekonomik Kuramı**, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1988.
- BÜKER S. Ve BAKIR H., **Hastanelerde Finansal Yönetim**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No. 995, Eskişehir, 1997.
- COOPER M.H., **Economics of Need**, Mcmillan Book Co., London, 1974.
- CULLIS J.G ve WEST P.A., **The Economics of Health Care An Introduction**, London, 1991.
- CULLIS J.G. ve WEST P.A., **The Economics of Health Care**, Newyork Universty Pres, Newyork, 1979.
- CULYER, A.J., **The Political Economy of Social Policy**, Martin and Robertson Co., London, 1980.

- CUSHMAN W. P., BEYRER M. K., **Positive Health: Designs for Actions**, Marian K. Solleder ve Robert Kaplan, Charles E. Merrill Book, Inc., Ohio, 1965.
- ÇİLİNGİROĞLU N.E., Demografi ve Sağlık, **Halk Sağlığı Temel Bilgiler**, Güneş Kitabevi, Ankara, 1995.
- DONALDSON C. ve GERARD K., **Economics of Health Care Financing The Visible Hand**. The Macmillan Pres Ltd., London, 1993.
- DPT, **Kalkınma Planı Altıncı Beş Yılı**, Ankara, 1989.
- EDİZDOĞAN, N., **Kamu Maliyesi**, Etkin Kitabevi, 4. Baskı, Bursa, 1995.
- EREN N., **Köy, İlçe ve İllerde Sağlık Yönetimi Mevzuatı**, İstanbul, 1984.
- EREN N., **Ulusal ve Bölgesel Düzeyde Sağlık Planlaması, Toplum Hekimliği**, sayı:11, İstanbul, 1978.
- ERKMEN T., **Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Kavramı Üzerine Deneme**, DPT Yayınları, Ankara, Ocak 1973.
- FİŞEK N.H., **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayınları, No. 2, Çağ Matbaası, Ankara, 1985.
- GİRAY F., **Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'deki durum, IV. Ve V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Dönemleri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 1989.
- GUJARATI D., **Basic Econometrics**, Tokyo: McGraw-Hill Book Co., Kagakusha, 1978.
- HORNOB P. Ve RAY D. K., **Guidelines for Health Manpower Planning: A Course Book**, P. J. Shipp ve T. L. Hall, Schüle Pres, Geneva, 1980.
- KARABULUT K., **Türkiye'de Sağlık Sektörü-Sağlık Harcamaları Üzerinde Bir Uygulama**, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Yayınları No. 904, Erzurum, 1998.
- KELLY T. Ve SCHIEBER G., **Factors Affecting Health Services Utilization**, Urban Institute Pres, London, 1971.
- KLARMAN H. E., **The Economics of Health**, Columbia University Pres, New York 1970.
- LE GRAND J., **Equity and Choice: An Essay in Economics and Applied Philosophy**, Harper Collins Academic, London, 1991.
- LEFTWICH R. H. , SHARP. M. A., **Economic of Social Issues**, Busines Publications, Inc, Texas, 1974.
- MC. GUIRE A., HENDERSON J. ve MOONEY G., **The Economics of Health Care, An Introductory Text**, Routledge, London, 1992.
- MENDERES M., ERSOY K., **Genel Sistem Kavramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi**, H.Ü. Sağlık İdaresi, C.III., Ankara, 1993.

MILLS A. ve VAUGHAN J. P., **Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experiences**, Mcmillan/Clays Book Co., Geneva, 1990.

MILLS A. ve GILSON L., **Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit**, EPC Publication, No. 17, London, 1988.

MORTAN K. Ve TOKGÖZ T., **Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi**, Ankara, 1984.

NADAROĞLU H., **Kamu Maliyesi Teorisi**, Beta Yayınları, 10. Baskı, İstanbul, 1998.

OKUR A. R., **Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları**, İstanbul, 1992.

ÖZTEK Z., **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi**, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.

SCNITZER M. Ve CHEN Y.P., **Public Finance and Public Policy Issues**, McGraw Hill Book Co., London, 1972.

SELBY P., **Health in 1980-1990: A Predictive Study Based On and International Inquiry**, München: Thür AG Offsetdruck, 1974.

SERİN N. ve ÇAKICI L., **Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği**, Ankara, 1990.

SOMERS H. M., **Economic Issues in Health Services**, Neil W. Chamberlain, Contemporary Economic Issues, Richard D. Irwin , Inc, (Revised Edition), 1973.

SÖNMEZ S., **Toplumsal Gereksinimler Kaynak Dağılımı ve Pareto Optimumu**, Gazi Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1983.

SÜMBÜLOĞLU K., **Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler**, Ankara, 1990.

ŞENER O., **Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi**, Kadir Has Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., Yedinci Baskı, İstanbul Heybeliada, 2001.

TAŞDEMİR M., **Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi**, (Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi), 1998.

TOKAT M. ve KISAER H., **Hastanelerde Maliyet-Etkinlik ve Performans Analizi**, MPM Yayınları, No. 455, Ankara, 1991.

TOKGÖZ E., Sosyal Gelişmede Sağlık, **Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri**, DPT yayınları, Yayın No. 1783, Ankara, 1981 .

VELİCANGİL S., **Halk Sağlığı Bilimi**, Gür-Ay matbaası, İstanbul, 1985.

YILDIRIM S., **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Uzmanlık Tezi , DPT Yayınları, Ankara, Temmuz 1994.

YEĞİNBOY E. Y., **Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi**, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi 1, Doğruluk Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti., İzmir, 1993.

YILDIRIM S., **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, DPT Yayınları, Ankara,1993.

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

WHO, **The Work Of WHO**, WHO Press Centrales, Genava, 1994.

WHO, **Health for All 2000**, Geneva, 1988.

WILENSKY GAIL R.,**The Role of Time and Money in The Demand for Medical Care**, Washington: The American Economic Assosiation, 1981.

MAKALELER

AKIN Ü. ve AKINSOY S., “Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım”, **MPM Yayınları**, No. 332, Ankara, (1985), 16.

ALPUGAN O., “Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi”, **Karadeniz Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt. 1, sayı. 2, (1984), 155-163.

ARROW K. J., “Uncertainty and the welfare Economics of Medical Care”, **The American Economic Review**, Vol. 60, (1965), 152.

BATIREL Ö. F.,” Sağlık Hizmetleri ve Politikası”, **Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt. 3, Sayı. 3, İstanbul, (1986), 171-180.

CARR- HILL AR., “The Measurement of Patient satisfaction”, **Journal of Public Health Medicine**, (992), 236–249.

CEYLAN T., ERGÖR G., HAMZAOĞLU O. Ve BERTAN M., “ Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Polikliniğinin Hasta Sevk Zincirinde Kaçınıcı Basamak Olarak Kullanıldığının Saptanması”, **Katkı Pediatri Dergisi**, Ankara, Cilt. 109, sayı. 4, (1989), 20.

CULYER A.J., “Medical Care and The Economics of Giving”, **Economics**, Vol. 38, No. 151, (1971), 151.

ÇİÇEKOĞLU M., “0-5 Yaş Grubu Çocuklara Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin İlk Başvuru ve Sürekli Kullanım Açısından Değerlendirilmesi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt. 14, sayı. 5, Ankara, (1999), 12.

DİLŞEN G., AYDIN R., MÜSLÜMANOĞLU L., SERDAROĞLU G., KARAMEHMETOĞLU Ş., YAZGAN N., BECER H., YÖNDEMLİ H., BAKIRCI N., “Ülkemizde Özürlülük Epidemiyolojisi Verileri”, **Aktüel Tıp Dergisi**, Cilt. 7, Sayı. 2, (2002), 17–21.

EASLEY D. Ve O'HARA M., "The Economic Role of the Non-Profit Firms", **Economics**, Vol. 14, (1983), 531-538.

EREN N., TANRITANIR N., "Cumhuriyet ve Sağlık", **Türk Tabipler Birliği**, Ankara, (Aralık, 1998), 18.

ESATOĞLU EA., ERSOY K., "Hasta Tatmininin Ölçülmesi, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü", **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, (1996), 61-71.

FELDSTEIN M. S., "Hospital Cost Inflation: A Study of Non- Profit Dynamics", **The American Economic Review**, Vol. 61, No. 5, (1971), 853-872.

FELDSTEIN M., FRIEDMAN B., "Tax Subsidies, the Rational Demand for Insurance and the Health Care Crisis", **Journal of Public Economics**, Vol. 7, (1977), 155-178.

FELDSTEIN M., "Econometric Studies of Health Economics", **Frontiers of Quantitative Economics**, Amsterdam: North-Holland Publishing Co., (1974), 268.

FRANZEL K. A. ve MCCREAD D.J., "Health Economics: A subdiscipline?", **Economic Development and Cultural Change**, Vol. 27, No. 2, (January, 1979), 269.

FUCHS V., ZECKHAUSER R., "Valuing Health, A. Priceless Commodity", **The American Economic Review**, Vol 77, No.2, (1987), 263-268.

FUCHS V.R., "The Output of The health Industry", **Health Economics**, Penquin inc., (1973), 144.

GROSMANN M., "Government and Health Outcomes", **The American Economic Review**, Vol. 72, No. 2, (1982), 191-195.

HAYRAN O., "Kentsel Bir Bölgede Sağlık Kuruluşlarının Seçimini Etkileyen Etkenler Klinik Gelişim", **İstanbul Tabip Odası Dergisi**, Cilt. 3, sayı. 2 İstanbul, (1991), 15.

HURST J. ve POULLIER J., "Paths to Health Reform", **The OECD Observer**, 1993, 4-7.

LEES D. S. Ve RICE R. G., "Uncertainty and the welfare Economics of Medical Care", **The American Economic Review**, Vol. 55, (1987), 55-56.

MANNING W. G., Health Insurance and The Demand For Medial Care: Evidence From a Randomize Experiment, Vol. 77, No. 3, (1987), 251-277.

MAYNARD A. ve ANNE L., "What's Wrong With the National Health Service", **London: Lloyds Bank Review**, No: 138, (October, 1980), 28-30.

MAYNARD A., "Pricing Demanders and the Supply of Health Care", **International Journal of Health Services**, (1979), 121-133.

NEWHOUSE j.p., "Health Economics and Econometrics", **The American Economic Review**, No. 2, (1987), 269-274.

OKUMUŞ H., AKÇAY H., KARAYURT Ö., DEMİRCAN G., Bir Kalite Güvenlik Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, **Uluslar arası Kalite Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı**, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, (1993), 177-183.

ÖZMEN D., “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Yatan Hastaların Beklentilerinin Saptanması”, **II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı**, İzmir, (1999), 532-538.

PAULY M. V., “Is Medical Care Different? Old Questions New Answers”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Summer Vol. 13, (1988), 227-237.

POKORNY G.,”Report Cord on Health Care”, **Health Management Quarterly**, (1988), 3-9.

REINHARDT E., “Economicsts in Health Care: Saviors, or Elephants in a Porcelain Shop”, **The American Economic Review**, Vol. 79, No. 2 , (May, 1989), 337-343.

RICE T., “Physician-Induced Demand for Medical Care: Nev Evidence from The Medicare Program”, **Advances in Health Economics and Health Services Research**, Newyork, JAI Press, (1984), 129-160.

SAYIN K. Ş., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Fayda Analizi ve Toplam Kalite Yönetimi İlişkisi, 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, (Editör Mithat Çoruh), **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, (Kasım, 1995), 162-163.

SCANLON W. J., “Possible Reforms for Financing Long Term Care”, **Journal of Economic Perspectives**, Vol. 6, No. 3, (1992), 43-58.

SHOUP C. S., “Kamu Hizmetleri ve Nüfus Artışı”, Çev. Batırel Ö. F. , **Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt. 4, sayı. 2, (1987), 241-255.

SMITH B.A., Genel Sağlık Sigortası Uluslararası Deneyimden Çıkarılan Dersler, **H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi** , Cilt. 2, (1993), 9.

ŞAHİN M. ve EĞRİ M., “Malatya İli Yeşilyurt İlçesinde Halkın Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu ve Etkileyen Faktörler”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt. 14, sayı. 5, Ankara, (1999), 17.

ŞENER O.,”Kamu Harcamaları Reformu”, **Maliye Yazıları**, No. 42, (1994), 12-31.

TEKİN F., “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı”, **Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt. 5, Sayı. 1, Eskişehir, (Haziran, 1987), 263.

TOKGÖZ E.,” Sağlık Ekonomisi”, **Toplum ve Hekim Dergisi** , Sayı. 5, (1978), 31.

UZ HM., ÖZBAKIR D., ERGİN C., Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, **Ankara Haberal Eğitim Vakfı Dergisi**, (1997), s. 113-118.

ÜÇDOĞRUK Ş., Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Analizi: Eşbütünleşme Testi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Ekonomik Yaklaşım Dergisi**, Cilt. 7, Sayı. 21, Ankara, (Ağustos, 1996), 102.

VARLIER O., Kişisel Gelir Dağılımına Farklı Yaklaşımlar, **ODTÜ Gelişme Dergisi**, Cilt. 9, Sayı. 3-4, Ankara, (1982), 501.

YILDIZ Z., “Sağlık hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri”, **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayını, (1996), 84.

WEISBROD B., “The Health Care Quadrilemma: An Essay On Tecnological Change, Insurance, Quality of Care and Cost Containment,” **Journal of Economic Literature**, Vol. XXIX, (June, 1991), 523-552.

WILENSKY GAİL R.,” Government and the Financing” of Health Care, **The American Economic Review**, Vol. 72, No. 2, (1982), 202-207.

İNTERNET KAYNAKLARI

<http://www.absaglik.com/GSSkanun.pdf> 10.05.2006

<http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/tanritan/ab.html> 10.03.2006

<http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf> 16.03.2006

http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1223_03.pdf 16.03.2006

<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/sekil3-4.htm> 10.04.2006

<http://www.saglik.gov.tr/extras/teskilat/teskilat.htm#> 15.05.2006

<http://www.ses.org.tr/basinaciklamalari> 16.03.2006

SAĞLIK HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ (SAĞLIK OCAĞI)

Dolduracağınız bu anket Akdeniz Üniversitesi İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Ankete katılanların hukuki sorumluluğu yoktur. Bu nedenle ankete katılanların sorulara tam ve gerçeğe uygun cevap vermesi ve anketlere isim yazılmaması rica olunur. Bu konudaki göstermiş olduğunuz ilgiden dolayı teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1- Cinsiyetiniz | 1- Kadın <input type="checkbox"/> | 8- Bir Sağlık Kuruluşuna gelme sıklığı | |
| | 2- Erkek <input type="checkbox"/> | 1-Haftada birden fazla <input type="checkbox"/> | |
| 2-Yaşınız | 1- 19'dan küçük | 2-Haftada bir <input type="checkbox"/> | |
| | 2- 20-29 | 3-Ayda bir <input type="checkbox"/> | |
| | 3- 30-39 | 4-Yılda birkaç kez <input type="checkbox"/> | |
| | 4- 40-49 | 5-Birkaç yılda bir <input type="checkbox"/> | |
| | 5- 50-59 | 9- Bu Sağlık Ocağına kaçınıcı gelişiniz | |
| | 6- 60 ve üzeri | 1-İlk Kez <input type="checkbox"/> | |
| 3-Medeni Durumunuz | 1- Bekar <input type="checkbox"/> | 2-2 Kez <input type="checkbox"/> | |
| | 2- Evli <input type="checkbox"/> | 3-3 Kez <input type="checkbox"/> | |
| | 3- Dul/Boşanmış <input type="checkbox"/> | 4-4 Kez <input type="checkbox"/> | |
| 4- Mesleğiniz | 1-Yok <input type="checkbox"/> | 5-5 ve daha fazla <input type="checkbox"/> | |
| | 2-Ev Hanımı <input type="checkbox"/> | 10- Sağlık Ocağına geliş şekliniz | |
| | 3-Kamu Çalışanı <input type="checkbox"/> | 1- Doğrudan Sağlık Ocağına başvurduğum <input type="checkbox"/> | |
| | 4-Ücretli <input type="checkbox"/> | 2- Başka kişi / kurum tarafından yönlendirildim / getirildim <input type="checkbox"/> | |
| | 5-Emekli <input type="checkbox"/> | 11- Sağlık Ocağına geliş nedeniniz | |
| | 6-Öğrenci <input type="checkbox"/> | 1- İlk muayene <input type="checkbox"/> | |
| 5- Eğitim Durumunuz | | 2- Kronik Hastalık Kontrolü <input type="checkbox"/> | |
| 1- Okur Yazar Değil <input type="checkbox"/> | | 3- Enjeksiyon-Pansuman <input type="checkbox"/> | |
| 2- Okur Yazar <input type="checkbox"/> | | 4-Tansiyon Takibi <input type="checkbox"/> | |
| 3- İlkokul <input type="checkbox"/> | | 5-Aşı <input type="checkbox"/> | |
| 4- Ortaokul <input type="checkbox"/> | | 6-Aile Planlaması <input type="checkbox"/> | |
| 5- Lise <input type="checkbox"/> | | 7- Diğer <input type="checkbox"/> | |
| 6- Üniversite <input type="checkbox"/> | | 12- Sağlık Ocağını Tercih Nedeni | |
| 6- Aylık Gelir Düzeyiniz | | 1-Evime yakın <input type="checkbox"/> | |
| 1- 0-349 YTL. <input type="checkbox"/> | | 2-Tanıdıkların Tavsiyesi <input type="checkbox"/> | |
| 2- 350-699YTL. <input type="checkbox"/> | | 3-Hizmeti Beğenme <input type="checkbox"/> | |
| 3- 700-1049YTL. <input type="checkbox"/> | | 4-Alışkanlık <input type="checkbox"/> | |
| 4- 1050-1399YTL. <input type="checkbox"/> | | 5-Alternatifin olmaması <input type="checkbox"/> | |
| 5-1400YTL.'den fazla <input type="checkbox"/> | | 6- Prosedür gereği <input type="checkbox"/> | |
| 7- Sosyal Güvenceniz | | 7- İşlemlerin daha kısa zamanda yapılması <input type="checkbox"/> | |
| 1- Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> | | 13- Başvurunuzun ekonomik nedeni | |
| 2- SSK <input type="checkbox"/> | | 1- Sağlık Ocağında muayene ücreti daha ucuz <input type="checkbox"/> | |
| 3- Bağ-Kur <input type="checkbox"/> | | 2- Ulaşım maliyeti daha ucuz <input type="checkbox"/> | |
| 4- Yeşil Kart <input type="checkbox"/> | | 3- Maddi yük benim için fark etmez <input type="checkbox"/> | |
| 5- Güvencem Yok <input type="checkbox"/> | | 4- İlaçları ücretsiz elde etme olanağım var <input type="checkbox"/> | |
| 6- Diğer <input type="checkbox"/> | | | |

1- Başvuru işlemlerini yapan görevli bana nazik davranır.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

2- Beni muayene eden doktora güven duyarım.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

3- Sağlık Ocağına her gelişimde aynı doktora muayene olurum.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

4- Muayenem sırasında mahremiyetime dikkat edilir.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

5- Doktorum bana yeterince zaman ayırır.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

6- Hemşirelerin ilgisinden memnunum.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

7- Doktor tedavimle ilgili yeterli açıklamalar yapar.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

8- Sağlık Ocağında verilen hizmetten genel olarak memnunum.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

9- Sağlık Ocağına ulaşımında zorluk yaşamam.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

10-Polikliniğin temizliğine dikkat edilmektedir.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

11-Sağlık Ocağındaki lavabo ve tuvaletlerin temizliğine dikkat edilmektedir.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

12-Sağlık Ocağının fiziksel koşulları (sıcaklık, düzen, aydınlık gibi) yeterlidir.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

13-Tekrar sağlık hizmeti almak istesem öncelikli olarak Sağlık Ocağına tercih ederim.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

EK-2

SAĞLIK HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ (HASTANE)

Dolduracağınız bu anket Akdeniz Üniversitesi İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Ankete katılanların hukuki sorumluluğu yoktur. Bu nedenle ankete katılanların sorulara tam ve gerçeğe uygun cevap vermesi ve anketlere isim yazılmaması rica olunur. Bu konudaki göstermiş olduğunuz ilgiden dolayı teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.

- | | | | |
|--------------------------|--|--|--------------------------|
| 1- Cinsiyetiniz | 1- Kadın <input type="checkbox"/> | 8- Bir Sağlık Kuruluşuna gelme sıklığı | |
| | 2- Erkek <input type="checkbox"/> | 1-Haftada birden fazla | <input type="checkbox"/> |
| 2-Yaşınız | 1- 19'dan küçük | 2-Haftada bir | <input type="checkbox"/> |
| | 2- 20-29 | 3-Ayda bir | <input type="checkbox"/> |
| | 3- 30-39 | 4-Yılda birkaç kez | <input type="checkbox"/> |
| | 4- 40-49 | 5-Birkaç yılda bir | <input type="checkbox"/> |
| | 5- 50-59 | 9- Bu hastaneye kaçınıcı gelişiniz | |
| | 6- 60 ve üzeri | 1-İlk Kez | <input type="checkbox"/> |
| 3-Medeni Durumunuz | 1- Bekar <input type="checkbox"/> | 2-2 Kez | <input type="checkbox"/> |
| | 2- Evli <input type="checkbox"/> | 3-3 Kez | <input type="checkbox"/> |
| | 3- Dul/Boşanmış <input type="checkbox"/> | 4-4 Kez | <input type="checkbox"/> |
| 4- Mesleğiniz | 1-Yok <input type="checkbox"/> | 5-5 ve daha fazla | <input type="checkbox"/> |
| | 2-Ev Hanımı <input type="checkbox"/> | 10- Hastaneye geliş şekliniz | |
| | 3-Kamu Çalışanı <input type="checkbox"/> | 1- Doğrudan hastaneye başvurduğum | <input type="checkbox"/> |
| | 4-Ücretli <input type="checkbox"/> | 2- Başka kişi / kurum tarafından yönlendirildim / getirildim | <input type="checkbox"/> |
| | 5-Emekli <input type="checkbox"/> | 11- Hastaneye geliş nedeniniz | |
| | 6-Öğrenci <input type="checkbox"/> | 1- İlk muayene | <input type="checkbox"/> |
| 5- Eğitim Durumunuz | | 2- Kronik Hastalık Kontrolü | <input type="checkbox"/> |
| 1- Okur Yazar Değil | <input type="checkbox"/> | 3- Tetkik ve Tahlil | <input type="checkbox"/> |
| 2- Okur Yazar | <input type="checkbox"/> | 4-Tıbbi Müdahale | <input type="checkbox"/> |
| 3- İlkokul | <input type="checkbox"/> | 5-Enjeksiyon | <input type="checkbox"/> |
| 4- Ortaokul | <input type="checkbox"/> | 6-Yatış | <input type="checkbox"/> |
| 5- Lise | <input type="checkbox"/> | 7- Diğer | <input type="checkbox"/> |
| 6- Üniversite | <input type="checkbox"/> | 12- Hastaneye Tercih Nedeniniz | |
| 6- Aylık Gelir Düzeyiniz | | 1-Aalışkanlık | <input type="checkbox"/> |
| 1- 0-349 YTL. | <input type="checkbox"/> | 2-Hizmeti beğenme | <input type="checkbox"/> |
| 2- 350-699YTL. | <input type="checkbox"/> | 3-Uzman doktor tercihi | <input type="checkbox"/> |
| 3- 700-1049YTL. | <input type="checkbox"/> | 4-Ayrıntılı tetkik | <input type="checkbox"/> |
| 4- 1050-1399YTL. | <input type="checkbox"/> | 5-İmkanların daha iyi olması | <input type="checkbox"/> |
| 5-1400YTL.'den fazla | <input type="checkbox"/> | 13- Başvurunuzun ekonomik nedeni | |
| 7- Sosyal Güvenceniz | | 1- Hastanede muayene ücreti pahalı değil | <input type="checkbox"/> |
| 6- Emekli Sandığı | <input type="checkbox"/> | 2- Ulaşım maliyeti daha ucuz | <input type="checkbox"/> |
| 7- SSK | <input type="checkbox"/> | 3- Maddi yük benim için fark etmez | <input type="checkbox"/> |
| 8- Bağ-Kur | <input type="checkbox"/> | 4- Hastaneden ilaçları ücretsiz elde etme olanağım var | <input type="checkbox"/> |
| 9- Yeşil Kart | <input type="checkbox"/> | | |
| 10- Güvencem Yok | <input type="checkbox"/> | | |
| 6- Diğer | <input type="checkbox"/> | | |

1- Başvuru işlemlerini yapan görevli bana karşı nazik davranır.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

2- Beni muayene eden doktora güven duyarım.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

3- Hastaneye her gelişimde aynı doktora muayene olurum.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

4- Muayenem sırasında mahremiyetime dikkat edilir.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

5- Doktorum bana yeterince zaman ayırır.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

6- Hemşirelerin ilgisinden memnunum.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

7- Doktor tedavimle ilgili yeterli açıklamalar yapar.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

8- Hastanede verilen hizmetten genel olarak memnunum.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

9- Hastaneye ulaşımında zorluk yaşamam.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

10-Polikliniğin temizliğine dikkat edilmektedir.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

11-Hastanedeki lavabo ve tuvaletlerin temizliğine dikkat edilmektedir.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

12-Hastanenin fiziksel koşulları (sıcaklık, düzen, aydınlık gibi) yeterlidir.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

13-Tekrar sağlık hizmeti almak istesem öncelikli olarak hastaneyi tercih ederim.

5) Her zaman 4)Çoğunlukla 3)Bazen 2)Nadiren 1) Hiçbir zaman

Ö Z G E Ç M İ Ő

Adı ve SOYADI : YASEMİN ÖZKARA

Doğum Tarihi ve Yeri : 23.05.1973 – BEYŐEHİR/KONYA

Medeni Durumu : EVLİ

Eğitim Durumu

Mezun Olduğu Lise : AKSARAY SAĞLIK MESLEK LİSESİ (1987-1991)

Lisans Diploması : AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER
FAKÜLTESİ İKTİSAT BÖLÜMÜ(1995-1999)

Yükseklisans Diploması: AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI

Tez Konusu : BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA
MEMNUNİYETİNİN SAĞLIK EKONOMİSİNDEKİ YERİ VE
ÖNEMİ: BİR UYGULAMA

Yabancı Dil / Diller : İNGİLİZCE

Çalıőtıđı Kurumlar : PAMUKOVA SAĞLIK OCAĞI (2005-...)
ANTALYA DEVLET HASTANESİ (2000-2005)
KORKUTELİ DEVLET HASTANESİ (1999-2000)
ANTALYA DEVLET HASTANESİ (1991-1999)

Adres : MÜHİMMAT BÖLÜĞÜ ASKERİ LOJMANLARI
PAMUKOVA/SAKARYA

Tel. No :0.532.7280784