

**SAĞLIK HARCAMALARININ HAYATIN KALİTESİNE YAPTIĞI
ETKİNİN ÖLÇÜLMESİ: DENİZLİ ÖRNEĞİ**

**Pamukkale Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi
Maliye Anabilim Dalı**

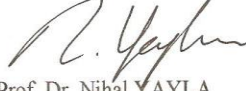
Yaşar AKDAĞ

Danışman: Prof. Dr. Ekrem KARAYILMAZLAR

**Temmuz 2012
DENİZLİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Maliye Anabilim Dalı, Maliye Bilim Dalı öğrencisi Yaşar AKDAĞ tarafından Prof. Dr. Ekrem KARAYILMAZLAR yönetiminde hazırlanan “Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi: Denizli Örneği ” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 19/07/2012 tarihinde yapılan tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



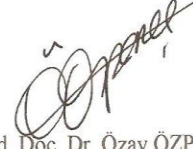
Prof. Dr. Nihal YAYLA

Jüri Başkanı



Prof. Dr. Ekrem KARAYILMAZLAR

Jüri Üyesi



Yard. Doç. Dr. Özay ÖZPENÇE

Jüri Üyesi

Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 25.07.2012 tarih ve ...13/09. sayılı kararıyla onaylanmıştır.



Prof. Dr. Turhan KAÇAR

Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Yaşar AKDAĞ

ÖZET

SAĞLIK HARCAMALARININ HAYATIN KALİTESİNE YAPTIĞI ETKİNİN ÖLÇÜLMESİ: DENİZLİ ÖRNEĞİ

Akdağ, Yaşar
Yüksek Lisans Tezi, Maliye ABD
Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Ekrem KARAYILMAZLAR

Temmuz 2012, 103 Sayfa

Bu çalışmada sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri hakkında genel bilgiler verilmiş, günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda giderek önem kazanan sağlık ekonomisi hakkında açıklamalarda bulunulmuştur. Çalışmada aynı zamanda sağlık harcamaları ile hayatın kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş, bu inceleme yapılırken ekonomik gösterge olarak Türkiye’de kişi başına sağlık harcama düzeyi ve toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya oranı 2000 – 2008 yılları baz alınarak kullanılmıştır. Söz konusu oranların OECD ülkeleriyle karşılaştırmaları da yapılmıştır. Bireylerin sağlığa dayalı hayat kalitesinin ölçümü için ise, Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Merkezi (EORTC C-30) ölçeği kullanılmıştır.

Yapılan anket çalışmasında bireylere geçmişe ve yaşadığımız zamana göre sağlık durumları ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Sonuç olarak, Toplam Sağlık Harcamalarının ya da kişi başına sağlık harcama düzeyinin yıllar içindeki artışı; bireylerde baz alınan yıllara göre, sağlığa dayalı yaşam kalitelerinde gittikçe bir iyileşmeye yol açtığı görülmüştür. Aynı zamanda önceki çalışmalardan gözlemlendiği kadarıyla, yapılan harcamaların yanında, bu harcamaların etkin bir şekilde yerine getirilmesinin, bireylerin sağlığa dayalı yaşam kalitelerinde pozitif yönde daha fazla bir artış gösterdiği görülmüştür. Bireylerin sağlığa dayalı yaşam kalitesinde yalnızca harcamalar değil; aynı zamanda bu harcamanın etkin bir şekilde yapılması da önemli bir husustur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Sağlık Ekonomisi, Hayatın Kalitesi

ABSTRACT

THE MEASUREMENT OF EFFECT OF HEALTH EXPENDITURE ON QUALITY OF LIFE: THE CASE OF DENİZLİ

Akdağ, Yaşar

M. Sc. Thesis in Public Finance

Supervisor: Prof. Dr. Ekrem KARAYILMAZLAR

July 2012, 103 Pages

In this study, general information about concept of health and health services was handled; some explanations were made about health economics which gets importance day by day in the developing countries. The relationship between health expenditure and quality of life were examined in the study, while this examination was made, the rates of the level of total health expenditure per capita in Turkey and gross domestic product (GDP) as economic indicator were used to based on the years 2000- 2008. These rates were also compared with OECD countries. On the other hand, the scale of European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC C-30) was used for measurement of individuals health related quality of life.

In questionnaire, individuals were asked questions about their health conditions with regard to past and present. As a result, it was observed that the increase in total health expenditure or the level of total health expenditure per capita within years led to an increasing progress in the individuals health related quality of life according to the years taken into account. In addition, as far as the previous studies were observed, it was seen that effective implementation of these expenditures showed more positive increase in the individuals' health related quality of life. It is not only the expenditure, but also their effective implementation that is an important issue in the individuals' health related quality of life.

Keywords: Health Services, Health Economics, Quality of Life

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanması ve akademik yaőamımın baőlangıcından bu yana bana yol gosteren ve teşvik eden değerli hocam Prof. Dr. Abdulkadir IŞIK'a sonsuz teőekkürlerimi sunarım. Ayrıca tezimin son őeklini almasında önemli ve büyük katkılar sağlayan tez danışmanım Prof. Dr. Ekrem KARAYILMAZLAR'a ve Yard. Doç. Dr. Özay ÖZPENÇE'ye ve tezimin uygulama kısmında yardımcı olan Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi yetkililerine ve değerli meslektaőlarım Arş. Gör. Sinem Güler KANGALLI'ya ve Arş. Gör. Nursel DURMAZ'a sonsuz teőekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	İ
ABSTRACT	İİ
TEŞEKKÜR.....	İİİ
İÇİNDEKİLER.....	İV
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	Vİİ
TABLolar DİZİNİ	Vİİİ
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	İX
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMUSAL MAL VE HİZMETLER

1.1.KAMUSAL MAL KAVRAMI.....	3
1.2.KAMUSAL MAL VE HİZMETLERİN NİTELİKLERİ	4
1.3. KAMU KESİMİ TARAFINDAN ÜRETİLEN MAL VE HİZMETLER ...	4
1.3.1.Tam Kamusal Mal ve Hizmetler	6
1.3.2.Yarı Kamusal Mal ve Hizmetler	7
1.3.3.Özel Mal ve Hizmetler (Private goods).....	9
1.3.4.Yarı Özel Mal ve Hizmetler (Quasi Private Goods and Services).....	9
1.3.5.Kulüp Malları (Clup Goods)	10
1.3.6.Merit-Erdemli Mal ve Hizmetler.....	10
1.3.7.Demerit – Erdemsiz Mal ve Hizmetler	11
1.3.8.Dışsallıklar	11
1.3.8.1.Dışsallıkların Çeşitleri.....	12
1.3.8.1.1.Pozitif Dışsallıklar	13
1.3.8.1.2.Negatif Dışsallıklar.....	14

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE PİYASASI

2.1.SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ	15
2.1.1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	15
2.1.2.Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	16
2.1.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	16
2.1.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	17
2.1.2.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri.....	18
2.1.2.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	18
2.1.3.Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme ve Finansman	20

2.1.3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme	21
2.1.3.2. Sağlık Bakanlığı Örgütlenmesi	22
2.1.3.2.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı	22
2.1.3.2.2. Sağlık Bakanlığının Taşra Teşkilatı	32
2.1.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme İlkeleri	33
2.1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Tarihsel Gelişim	35
2.1.4.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem	35
2.1.4.2. 1920 – 1938 Dönemi	37
2.1.4.3. 1938 – 1960 Dönemi	38
2.1.4.4. 1960 – 1980 Dönemi	40
2.1.4.5. 1980 – 2000 Dönemi	41
2.1.4.6. 2000’den Günümüze	42
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ	44
2.2.1. Kamusal Özeiliği	46
2.2.2. Dışsallıklar	46
2.2.3. Erdemli Mal Olma Özeiliği	48
2.2.4. Devlet Müdahaleleri	48
2.2.5. Belirsizlik Altında Seçim	49
2.2.6. Asimetrik Bilgilenme	49
2.2.7. Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi	50
2.3. SAĞLIK EKONOMİSİ	51
2.3.1. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi	51
2.3.2. Sağlık Piyasaları ve Özeilikleri	52
2.3.2.1. Satıcıların Azlığı	53
2.3.2.2. Piyasaya Giriş Sınırlamaları	53
2.3.2.3. Arz ve Talep Arasındaki Dengesizlik (Market Disequilibrium)	54
2.3.2.4. Bilgi Maliyetleri	55
2.3.2.5. Monopolleşme	55
2.3.2.6. Satıcılar Arasında Anlaşma	56
2.3.3. Sağlık Hizmetleri Talebi	56
2.3.3.1. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler	57
2.3.3.1.1. Tüketici Geliri ve Gelir Esnekliği	58
2.3.3.1.2. Fiyat ve Sigorta	60
2.3.3.1.3. Sağlık Hizmetlerine Duyulan İhtiyacın Şiddeti	61
2.3.3.1.4. Diğer Malların Varlığı ve Fiyatı	61
2.3.3.1.5. Finansman Yöntemleri	62
2.3.3.1.6. Kişisel Özeilikler	63
2.3.3.4. Sağlık Hizmetleri Arzı	64
2.3.3.4.1. Sağlık Hizmetleri Arz Esnekliği	65
2.3.3.4.2. Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler	66
2.4. TÜRKİYE’NİN SAĞLIK HARCAMALARI ANALİZİ	67

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HAYATIN KALİTESİ: UYGULAMA ŞEKİLLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNE UYGULANMASI

3.1. HAYATIN KALİTESİ KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNE UYGULANMASI	76
3.1.1. Hayatın Kalitesi Kavramı	77

3.1.2.Sübjektif Sağlık Kavramı ve Ölçülmesi.....	79
3.1.2.1.Nottingham Sağlık Profili (NHP).....	81
3.1.2.2.Hastalık Etki Profili (SIP)	82
3.1.2.3.Naes ve Swedish Instrument	82
3.1.2.4.İnsan İhtiyaçları Yaklaşımı ve Aggernaes	83
3.1.2.5.Ekonomik Yaklaşım “Quality Adjusted Life Years” ve York Okulu	83
3.1.2.6.EuroQol – 5D (EQ-5D)	84
3.1.2.7.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)	85
3.1.2.8.Kısa Form 36 (SF – 36).....	86
3.1.2.9.Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QOL – C30).....	86
BULGULAR VE TARTIŞMA	88
SONUÇ	92
KAYNAKÇA	95
EKLER	101
ÖZGEÇMİŞ	103

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Buchanan'ın Kutu Diyagramı.....	5
Şekil 2.1. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar.....	20
Şekil 2.2. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması	30
Şekil 2.3.Sağlık Personeli Piramidi.....	34
Şekil 2.4. Arz ve Talep Arasında Dengesizlik.....	54
Şekil 2.5. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler	58
Şekil 2.6. Engel Eğrileri.....	59
Şekil 2.7. Sağlık Hizmetlerine Talep	63
Şekil 2.8. Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler	66
Şekil 2.9. Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurt İçi Hasılaya (GSYİH) oranı ..	69
Şekil 2.10.Kamu Sağlık Harcaması ve Özel Sektör Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı	71
Şekil 2.11. Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının TSH'ye Oranı	72
Şekil2.12. 2010 Yılı İçin Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin Kişi Başına ve GSYİH Yüzdesi Olarak Sağlık Harcama Düzeyleri	73
Şekil 2.13. 2008 Yılına Ait Cari Sağlık Harcamalarının Finansman Kurumlarına Göre Dağılımı.....	75
Şekil3.1. EQ-5D Sağlık Durumunu Değerlendirme Boyutları	84

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.Sağlık Piyasaları İle Standart Rekabetçi Piyasalar Arasındaki Farklar.....	45
Tablo 2.2. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler 1999 – 2008....	68
Tablo 2.3.OECD Ülkeleri Arasında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ye Oranı (1999-2010)....	70
Tablo 2.4. OECD Ülkeleri Arasında Reel Olarak Kişi Başına Sağlık Harcamasının Yıllık Ortalama Büyüme Oranı (2000 – 2009).....	74

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DMO	Devlet Malzeme Ofisi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
EORTC QLQ	Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Merkezi Hayatın Kalitesi Anketi
EUROQOL	Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu
EUROSTAT	Avrupa İstatistik Ofisi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurt içi Hasıla
MDF	Marjinal Dışsal Fayda
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
MÖF	Marjinal Özel Fayda
MTF	Marjinal Toplumsal Fayda
NHP	Nottingham Sağlık Profili
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PTT	Posta ve Telgraf Teşkilatı Genel Müdürlüğü
QALY	Kaliteye Endeksli Yaşam Yılı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SF – 36	Kısa Form 36
SIP	Hastalık Etki Profili
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TCDD	Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları
THY	Türk Hava Yolları
TRT	Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

GİRİŞ

Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil, insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlıklı olmak bireylerin kendileri için olduğu kadar toplumun geneli için de önemli bir konudur. Devletin bir bireyin yaşam kalitesini arttırması, toplumun da yaşam kalitesinin artması anlamına gelmektedir. Nitekim toplumu bu derece etkileyen bir hizmetin devlet tarafından yerine getirilmesi ya da desteklenmesi bir gereklilik olarak görülmektedir.

Yarı kamusal mal ve hizmet özelliği taşıyan sağlık hizmetleri, günümüzde global hizmet üretme anlayışı içerisinde giderek özel bir mal ve hizmet haline geldiği eleştirisi, bu tür mal ve hizmetlere olan talebi de etkilemektedir. Bu tür mal ve hizmetler, piyasa başarısızlığı nedeniyle devlet tarafından üretilmektedir ancak günümüzde tartışılan bir konu var ki o da piyasa başarısızlığının yanında bu hizmetleri üretmede devletin de başarısız olduğu konusu gündeme gelmektedir ve başarısız olan iki mekanizmadan zarar gören insanların sağlığı olması, durumun önemini bir derece daha arttırmaktadır.

Sağlık, birey ve toplum için taşıdığı önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türüdür. Sağlıklı bireylere ve topluma kavuşma çabaları, günümüz devletlerinin en önemli sosyal ve ekonomik sorunlarının başında gelmektedir. Günümüz toplumlarında sağlık sorunlarının artan nüfusla birlikte değişen refah düzeyleri ve sosyal değişimlere bağlı olarak hem artmakta hem de çeşitlilik göstermektedir. Bu durumda sağlık hizmeti üretimi ve tüketimi için ayrılan harcama miktarları da çerçevesinde yükselmektedir. Artan sorunlar için sosyal devlet anlayışı devletin de bu sorunlar için hizmet üretmesi gerekmektedir. Bu durum sağlık sorunlarının ekonomik boyutunu ortaya çıkarmıştır.

1960'lı yıllardan sonra önem kazanan ve ayrı bir disiplin haline gelen sağlık ekonomisi ülkemizde de gittikçe farklı çalışmalara konu olmaktadır. Nitekim bu çalışmada da sağlık ekonomisi ve sağlık piyasaları hakkında teorik bilgiler verilmiş olup, ülkemizin yıllar itibariyle sağlık harcamaları, diğer ülke gruplarıyla

karşılaştırılarak analizi yapılmıştır. Dünyada sanayileşmiş ülkelere ve bir çok Avrupa ülkesine baktığımızda, bu ülkelerin gayri safi yurtiçi hasıla içinde sağlık hizmetleri harcamalarına ayrılan payın yüksek olduğu ve arttığı, yaşam sürelerinin uzun, bebek ölüm oranı azlığı gözlenmektedir. Türkiye’de ise sağlık sektöründe sağlık hizmetlerini yürüten kurumların olmasına rağmen gayri safi yurt içi hasıladan sağlığa ayrılan payın arttığı ancak diğer ülke gruplarına göre düşük olduğu gözlenmektedir. Türkiye bu durumun çözülmesi adına çaba sarf etmektedir. Nitekim Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında bir çok düzenleme yapılmış ve sağlık harcamalarının arttırılmasının yanında bu harcamaların etkin bir şekilde kullanımı üzerinde çalışılmıştır. Bu program harcamalarda belki de bir kısılmaya neden olacaktır; ancak yapılan harcamanın, olması gerektiği yerde ve etkin bir şekilde üretim ve tüketimi sağlayacak olması ülkemizin sağlık statüsünü arttıracığı düşüncesini uyandırmaktadır.

Sağlık harcamalarının analizi yapılırken bir ülkenin baz alınan yılda devlet tarafından ya da özel olarak yapılmış harcamaların toplamı ve kişi başına yapılan toplam sağlık harcaması aynı zamanda toplam harcamaların içinde devletin payı ve özel sektörün payı incelenmektedir.

Sağlık personeline ödenen ücretler, sağlık teknolojisi ürünleri vb. harcamalar, kuşkusuz insanların sağlığını etkileyebilmektedir. Bu harcamalar, aynı derecede insanların sağlığa dayalı yaşam kalitelerini de etkilemektedir. Nitekim sağlığa yapılan bu harcamaların insan hayatının kalitesine etkisinin ölçülmesi bu çalışmanın konusunu oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde kamusal mal ve hizmetlere, çalışmanın ikinci bölümünde ise sağlık kavramı, sağlık hizmetleri kavramı ve tarihçesi, sağlık piyasası ve ekonomisine değinilmiştir. Ayrıca bu bölümde Türkiye’de sağlık harcamaları analizi yapılmıştır. Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde ise hayatın kalitesi kavramı ve uygulama şekilleri üzerinde durulmuş ve Denizli ili uygulaması yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAMUSAL MAL VE HİZMETLER

1.1.KAMUSAL MAL KAVRAMI

Kamusal mal kavramı ilk kez çağdaş anlamda Samuelson tarafından tanımlanmıştır. Samuelson'un tanımına göre kamusal mallar; toplumda bireylerden herhangi birisinin tüketimi nedeniyle, diğerlerinin aynı malı tüketme olanağında herhangi bir azalışın olmadığı; birlikte ve eşit biçimde tüketilen hizmetlerdir (Samuelson, 1954: 388).

Kamusal mallar (public goods) kavramının kullanılması geçen yüzyıllarda, Alman, İtalyan ve İskandinavlı iktisatçılara dayanmaktadır; ancak, bu kavramın gerçek anlamda tanımı Anglo-Sakson ekonomistleri tarafından yapılmıştır. Bu gecikme, kaynak ayrımı fonksiyonunun son yıllarda önem kazanmasıyla açıklanabilir. Kamusal mallar kavramının etkin kaynak ayrımı fonksiyonunu ile ilişkilendirilmesi; etkinlik, dışsallık ve fayda-maliyet analizlerine de açıklık getirmiştir (Şener, 1996: 46).

Günümüzde kamusal mal kavramı, özellikle devletin giderek artan fonksiyonlarına bağlı olarak, yarı kamusal ve özel malları da içerek şekilde kullanılmaktadır. Bu tür bir yaklaşıma göre piyasa mekanizmasının aksaklığından kaynaklanan ve piyasanın ürettiği ancak devletin bu aksaklıklar sebebiyle ürettiği mal ve hizmetler kamusal niteliği kazanmaktadır. Bu durumun günümüzde de artarak devam etmesi kamusal mal kavramının kapsamının daha da genişlemesine sebebiyet vermektedir. Bu nedenle Musgrave, kamusal malları, sosyal ihtiyaçları gideren mal ve hizmetler biçiminde tanımlanmaktadır (Musgrave, 1958: 56).

Devlet topladığı vergi ve benzeri kaynaklarla, toplumun sosyal ihtiyaçlarını gideren çeşitli mal ve hizmet üretmekte ve bunları kamu hizmetleri biçiminde tüketicilere sunmaktadır. Geniş anlamda kamusal mal ve hizmetler kavramı, başta tam kamusal mallar (savunma, güvenlik, adalet) olmak üzere; yarı kamusal mallar (yükseköğrenim, devlet hastaneleri ve meteoroloji gibi katma bütçeli idarelerce sunulan

hizmetler); özel mallar (kamu ekonomik kuruluşları ve yerel yönetimlere sunulan demir-çelik, çimento, elektrik, su, havagazı gibi), toplum için zararlı özel mallar (çevre kirliliği ve gürültü gibi) ve Birleşmiş Milletler Örgütleri'nin üye ülkelere sundukları eğitim, sağlık, tarımsal yardım gibi çok sayıda mal ve hizmeti içerir. Dar anlamda kamusal mal ve hizmet kavramı ise, genel bütçe ile sunulan ve finansmanı zorlamaya dayanan vergilerle karşılanan hizmetleri kapsar (Şener, 1996: 47).

1.2.KAMUSAL MAL VE HİZMETLERİN NİTELİKLERİ

Kamu hizmetleri, müşterek nitelikteki ihtiyaçların karşılanmasına yöneliktir. Başka bir deyişle, toplumun müşterek ihtiyaçlarının karşılanması bakımından, devletin yapmak durumunda bulunduğu hizmetler, kamu hizmeti olarak nitelendirilmektedir.

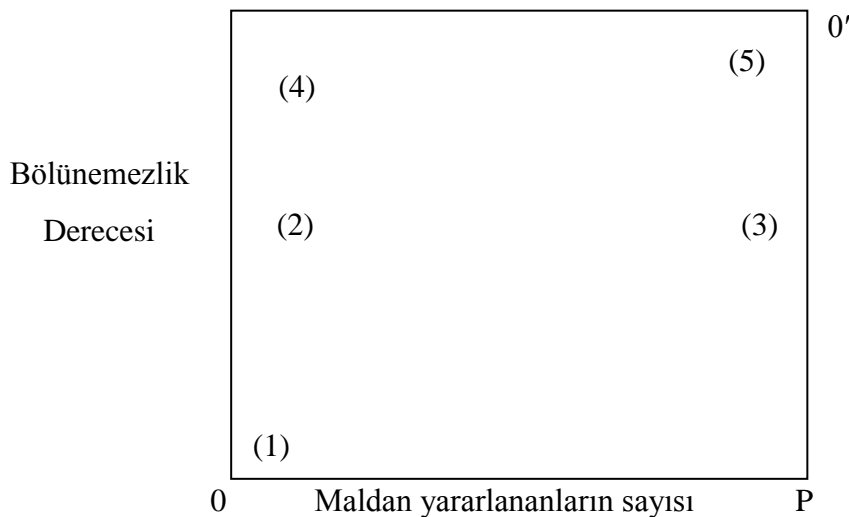
Devletin niteliğindeki değişime bağlı olarak, kamu hizmetlerinin yapısı ve niteliği de değişmiş, kamu hizmetlerinin önemi gittikçe daha da artmıştır. Tarihsel gelişim süreci içerisinde bu hizmetlerin boyutu ve nitelikleri farklı olarak düşünülmüş ve uygulanmıştır. Örneğin, daha önceleri kamu hizmetleri arasında düşünülen bazı hizmetler özel nitelikteki hizmetler şekline dönüşürken, bazı hizmetler de kamu hizmeti sayılmıştır (Akdoğan, 2007: 39).

Beşeri ihtiyaçlar, özel (kişisel) ve kamusal (toplumsal) ihtiyaçlar olmak üzere ikili bir ayrıma tabi tutulmaktadır. İster özel, ister kamusal nitelikte olsun, her türlü ihtiyaçların tatmini ancak bir tüketim ile yani ya malın kullanılması ya da bir hizmetten yararlanılması suretiyle mümkün olabilir (Öner, 1986: 20). Devlet üretimi yönetimine gerek duyulan ilk durum, sahip oldukları özel nitelikleri nedeniyle, üretimleri özel sektöre bırakılmayan mal ve hizmetlerle ilgili olarak ortaya çıkmaktadır. Kamusal mallarla ilgili yukarıda yapılan açıklamalardan da anlaşılacağı üzere bu hizmetlerin bazı özellikleri kolayca ortaya çıkmaktadır. Ancak bu özellikler kamu kesimi tarafından üretilen mal ve hizmetler kısmında her bir ayrıma göre anlatılmaya çalışılacaktır.

1.3. KAMU KESİMİ TARAFINDAN ÜRETİLEN MAL VE HİZMETLER

Bireylerin ihtiyaçlarını giderici bütün mallar, bölünebilirlik kriterine ve hizmetten yararlananların sayısına bağlı olarak sınırlandırıldığında; bir uçta tam özel mallar ve diğer uçta tam kamusal mallar yer alır. Toplumsal mal ve hizmetler, tüm topluma

yönelik olarak fayda yaratırlar. Bu mal ve hizmetlerin faydası herkes tarafından hissedilmekle birlikte, faydanın bireysel boyuttaki değerinin ölçülmesi olanağı yoktur (Akdoğan, 2007: 42). Bu iki uç arasında kalan malların bölünebilirlik ve bölünmezlik oranlarının ne olduğunu saptamak çoğu zaman olanaksızdır. Örneğin daha kültürlü bir toplum yaratan ve eğitilen kimseye de bazı özel çıkarlar sağlayan eğitim hizmetlerinin bölünebilirlik derecesini ölçme olanağı yoktur. Ancak bu zorlukların giderilmesi bir ölçüde Buchanan'ın kutu diyagramı (Şekil 1.1) yoluyla ortadan kaldırılabilir. Bu kutu diyagramı, dikey eksenleriyle malların bölünebilirlik ve bölünmezlik dereceleri ve yatay ekseninde ise, mallardan yararlanan bireylerin sayıları gösterilmektedir. Bu diyagramda belirlenen bir noktaya yaklaşıldıkça o malın kamusal özellik ve belirlenen bir başka noktaya da yaklaşıldıkça o malın bölünebilirlik derecesi ve o maldan yararlananların sayısı gösterilir bu da o malın özel mal olduğunu ortaya koymaktadır. Bu iki nokta arasında kalan mallarda yarı özel ve yarı kamusal mallar olarak ortaya çıkmaktadır.



Şekil 1.1. Buchanan'ın Kutu Diyagramı (Buchanan, 1999: 165)

Yukarıda tam özel mal "1" ile tam kamusal mal ise "5" ile gösterilmiştir. "1" ile "5" arasında kalan mal ve hizmetler ise yarı kamusal malların yerini göstermektedir. "1" numaralı göstergede maldan yararlananların sayısı sınırlıdır bunun yanında bölünebilirlik derecesi %100'dür. Bu da onun özel bir mal olduğunu göstermektedir. "5" ile gösterilen alanda ise maldan yararlananların sayısı fazla, bunun yanında bölünebilirlik derecesi %0 olması, söz konusu malın, tam kamusal bir mal olduğunu göstermektedir. "3" numaralı mal ve hizmetlerden toplumun tümü yararlanmaktadır.

Burada elde edilen yarar, özel malların bir kısım bölünebilme özelliğini göstermektedir. Sağlık hizmetleri buna örnek olarak gösterilebilir. Örneğin bulaşıcı bir hastalığa karşı bir bireye yapılacak aşının toplumun bütün bireylerini hastalık riskinden koruması, bu hizmetlerin yarı kamusal mal ve hizmetler olduğunu göstermektedir.

Kamu kesimi tarafından üretilen mal ve hizmetler birçok sınıflandırmaya tabi tutulmuştur, bunlar; tam kamusal, yarı kamusal, özel, yarı özel, kulüp, merit (erdemli) mal ve hizmetler ve dışsallıklardır.

1.3.1. Tam Kamusal Mal ve Hizmetler

Tam kamusal mallar, tüketiminde rekabetin olmadığı ve tüketicilerin mahrum bırakılmadığı mal ve hizmetlerdir (Buchanan, 1970: 25). Toplumsal açıdan önem taşıyan belirli mallar ve hizmetler, eğer devlet tarafından üretilmezler ise, başka türlü üretilmeyecek niteliktedirler. Nitekim devlet üretimi yönetimine gerek duyulan ilk durum, sahip oldukları nitelikleri nedeniyle, üretimleri özel sektöre bırakılmayan mal ve hizmetlerle ilgili olarak ortaya çıkmaktadır (Musgrave, 1958: 55). Tam kamusal mal ve hizmetlerin iki kritik özelliği vardır. Bunlardan birincisi, bu malların kullanımını sınırlamak mümkün değildir. İkincisi ise bu malların kullanımının sınırlanması istenilen bir durum değildir (Stiglitz, 1988: 150). Tam kamusal mal ve hizmetlerin faydası birimlere bölünemez. Bu tür mal ve hizmetlerden hangi bireyin ne ölçüde yararlandığının saptanması mümkün değildir. Örneğin, sunulan savunma hizmetinden ülkede yaşayan vatandaşların ne ölçüde fayda sağladığının tespit edilememesi gibi.

Faydası tespit edilemeyen bir mal ve hizmetin fiyatının nasıl belirleneceği, fiyatı belli olmayan bir malın da nasıl satılacağı belli değildir. Tüketici ya da hizmetten yararlananın hizmetten faydası belli değilse, ödeyeceği fiyat da belli olmayacaktır. Bu durumda bu hizmetin bedelini bütün toplum vergi olarak ödeyecektir. Bu mal ve hizmetlerde faydanın belirlenememesi faydanın tüm topluma saçılıyor olduğunu göstermekle birlikte, hizmet bedelini tüm toplumun ödüyor olması da bu hizmetlerin bütçe finansmanı yöntemi ile finanse edildiğinin bir göstergesidir (Işık, 2005: 52).

Tam kamusal mal ve hizmetlerin üretilmesi ile ilgili kararlar ülkede mevcut siyasi karar alma mekanizması içinde alınır ve gerçekleştirilir. Bütçe, siyasi mekanizmanın bu alandaki tercihlerinin somut bir belgesidir. Tam kamusal mal ve

hizmetler kişilere bedelsiz olarak sunulur ve vergileme gibi zora dayalı yollarla sağlanan kaynaklardan finanse edilirler (Öner, 1986: 20).

Tam kamusal mal ve hizmetlerin faydası ölçülemez, bölünemez ve pazarlanamaz, bu hizmetlerden tüketiciler mahrum bırakılamaz, tüketiciler bu hizmetlerden yararlanmak için rekabet edemezler.

Bu tanımlardan kamusal malların piyasada üretilmesinin mümkün olmayacağı rahatlıkla ifade edilebilir. Dolayısıyla toplumun tamamına yarar sağlayan bu mal ve hizmetlere olan ihtiyaç, bu malların üretilmesini zorunlu kılmaktadır (Akça, 2011: 33).

1.3.2.Yarı Kamusal Mal ve Hizmetler

Bir takım mal ve hizmetler vardır ki, ilk başta tam kamusal (bölünemez) mal gibi görünmelerine rağmen pazarlanmaları (bölünmeleri) ve fiyat yoluyla tüketiciye intikal ettirilmeleri mümkündür. Bu malların yarattıkları faydanın bir bölümü bölünemez bir bölümü de bölünebilir nitelikte olduğundan bu mallara yarı kamusal mallar denilir (Öner, 1986: 21).

Bu tür mallar, fertlere tek tek fayda sağlamanın yanında, topluma da bir bütün olarak fayda sağlarlar. Eğitim ve sağlık hizmetleri bunların en güzel örneklerini teşkil etmektedir. Her iki hizmet grubu da nitelik itibarıyla pazarlanabilir, faydası bölünebilir bir yapıya sahiptir.

Bu tür mal ve hizmetler için yukarıda tam kamusal mal ve hizmetlerde verilen özellikler büyük ölçüde geçerlidir. Ancak, bu tür mal ve hizmetlerde faydanın bölünebilirliğinin başladığı noktada kısmi olarak özel mal olma özelliği de başlamaktadır. Bu durumda tıpkı özel mallarda olduğu gibi bu tür mal ve hizmetler de kısmen kişisel bedel karşılığı satılabilme, pazarlanabilme özelliği taşımaktadır.

Bu hizmetlerin üretiminin tamamen piyasaya bırakılması sakıncalar yaratabilmektedir. Yeterince üretim yapılamaması, özel maliyetler - özel fayda ilişkisi içerisinde; bir kısım sağlık ya da eğitim hizmetlerine yapılacak yatırımların, yatırım kararlarının verilebilmesi bakımından rasyonel bulunmaması gibi nedenlerle, hizmetlerde aksamalar ortaya çıkmasının önemli toplumsal maliyeti vardır. Eğitim ve sağlık gibi hizmetlerin bireye sağladığı yarar dışında topluma sağladığı yarar da açıktır. İşte, dışsal fayda olarak adlandırılan bu olumlu etki ile hizmetin yerine getirilmemesi

halinde bireye olan zararı yanında topluma olan maliyetinin de, yani dış kayıplarının da dikkate alınması suretiyle, bu tür hizmetlerin devlet tarafından üstlenildiği görülmektedir. Başka bir deyişle, piyasa tarafından üretimi üstlenilebilecek bazı mal ya da hizmet türlerine, dışsal fayda ve kayıplar, toplumsal fayda ve maliyetler dikkate alınarak toplumsal bir nitelik kazandırılmıştır (Akdoğan, 2007: 47).

Diğer yandan bu hizmetlerin bedava sunumu da bedavacılık (free rider) sorununu doğurduğundan dolayı kaynakların kötüye kullanımı söz konusu olabileceği gibi, asıl ihtiyaç sahiplerinin de belirlenmesi mümkün olmayacaktır. Örneğin, şehir merkezinden şehirden uzak bir yere bedava bir otobüs seferi düzenlendiği varsayılırsa, o güzergâhtan geçecek kişiler de otobüse bindiğinde (otobüste yolcu taşıma kapasitesi sınırlı olduğu için) asıl ihtiyaç sahiplerinin yani şehirden uzak olan yere gitmek isteyenlerin bu hizmetten yararlanamaması dolayısıyla *free-rider* (bedavacılık) sorunu ortaya çıkacaktır. Bu durumda bedavacılığı önlemek için ufak bir bedel alınmalıdır. Uygulamada bu bedele harç denilmektedir. Yükseköğretimde ödenen harçlar ile sağlık hizmetlerinin karşılığı ödenen harçların mantığı da burada yatmaktadır.

Gelir dağılımının olmadığı durumlarda, yarı kamusal mal ve hizmetlerin etkin finansmanı ve uygun sunumu yönünden önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Şöyle ki, söz konusu mal ve hizmetlerden toplumun maksimum düzeyde yararlanabilmesi için, bütün kişilerin bu hizmeti satın alabilme durumunda olması gerekir. Örneğin, gelir dağılımı bozuk olduğu için, kişilerin ve toplumun eğitim ve sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı kendiliğinden sınırlanır. Yeterli geliri olmayan kişilerin bu hizmeti satın alamaması, doğrudan doğruya topluma yayılacak olan dışsal faydaları sınırlamaktadır. Bu nedenle yeşil kart, burs, mali destekler ya da sübvansiyonlar sağlanarak, sosyal fayda yaygınlaştırılmaya çalışılır. Buna karşın, söz konusu hizmetlerin özelleştirilmesi, dışsal faydaların içselleştirilmesini önlediğinden, toplum refahını azaltıcı bir rol oynamaktadır (Şener, 1996: 58).

Yarı kamusal mal ve hizmetlerde en iyi örnek, temel eğitim ve temel sağlık dışında kalan diğer eğitim ve sağlık hizmetleridir. Temel eğitim (ilköğretim vb.) ve temel sağlık hizmetleri (aşılama vb.) tam kamusal mal ve hizmet özelliği gösterirken bu hizmetlerin derecesi yükseldiğinde (üniversite lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimi ile tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri yanında estetik, söz konusu derece

yükselmeye örnek olarak verilebilir) yarı kamusal nitelik ağır basmaya başlar ve sayılan diğer özellikler kısmen bu mal ve hizmetlerin özelliğinde yer alır.

1.3.3.Özel Mal ve Hizmetler (Private goods)

Tam kamusal malların aksine bu malların faydaları kişiler arasında bölünebilir. Bu mallardan yararlanmak için bedelinin ödenmesi gerekmektedir (Öner, 1986: 21).

Özel mallar, tüketimlerinde rekabetin geçerli olduğu ve finansmanına katılmayanların kolayca dışlanabildiği mal ve hizmetlerdir. Bu tür mal ve hizmetleri özel sektör ya da piyasa mekanizması etkin bir şekilde üretebilmektedir. Ancak, doğal tekel durumunun (azalan maliyet koşullarının) varlığı ve olumlu ve olumsuz dışsallıklara yol açılması durumlarında, devletin piyasa ekonomisinin işleyişine karışması söz konusu olmaktadır (Şener, 1996: 60).

Yukarıda görüldüğü üzere, uygulamada özel mallar ancak üretimin teknik koşullarından kaynaklanan teknik nedenlerin varlığına ve gelir dağılımının iyileştirilmesine önem verildiği durumlarda kamu ekonomik kuruluşları tarafından üretilmektedir (Öner, 2006: 60). Yukarıda belirtilenlerin yanında, bazı mal ve hizmet üretimleri devlet tarafından gerçekleştirilir ise daha etkin olur gibi bir sonuca varmamak gerektiği belirtilmiştir.

1.3.4.Yarı Özel Mal ve Hizmetler (Quasi Private Goods and Services)

Yarı özel mallar, sınırlı düzeyde dışsallık yayan ve tüketicilerin kolayca dışlanabildiği mal ve hizmetlerdir. Yarı özel mal ve hizmetler, üretimin teknik koşullarından (azalan maliyetler, sıfır marjinal maliyetle üretim gibi) kaynaklanan nedenlerle devlet tarafından üretilir. Bu mal ve hizmetler genellikle yerel yönetimler ve kamu ekonomik kuruluşları tarafından, piyasa koşullarına uygun bir biçimde üretilmektedir (Şener, 1996: 58). Yararlı özel malları özel mallardan ayıran en önemli özellik fiyatlamasının piyasa ekonomisi kurallarına göre değil; kamu ekonomisi ilkelerine göre saptanmasıdır (Işık,2006: 57). Bu nedenle, söz konusu mal ve hizmetlerin üretiminde karşılaşılan zararların, bir tür sosyal fayda yaratılması nedeniyle, devlet bütçesinden karşılanmasına karşın, fiyatın önemli bir bölümünü tüketiciler ödemek zorundadır. Türkiye’de Makine Kimya Endüstrisi, Ziraat Bankası, PTT, TRT, DMO ve İller Bankası bu kuruluşlara örnek olarak gösterilebilir (Şener, 1996: 59).

1.3.5.Kulüp Malları (Clup Goods)

Kulüp mallar, az sayıda ve benzer zevklere sahip kişilerin oluşturdukları, gönüllü kuruluşlar tarafından sunulan mallardır (Şener, 1996: 58). Üyelerine yönelik hizmet üreten kulüp benzeri bu kurumlar, ürettikleri mal ve hizmetin bedelini de üyelerinden almış oldukları aidatlarla karşılamaktadırlar.

J. Buchanan özel mallarla tam kamusal mal ve hizmetler arasındaki boşluğu, kulüp malları ile doldurmaya çalışmıştır. Buchanan, bu mal ve hizmetlerden yararlananların niceliği ve kulüplerin üye sayılarının farklılaşmasının sonucunda üyelerinin tüketimlerinin nasıl etkilendiğiyle, optimum hizmet miktarının ne olması gerektiğiyle ilgilenmiştir (Buchanan, 1999: 167).

Az sayıdaki kişi yönünden tam kamusal mal özelliği gösteren kulüp malları, üyelerin kolayca dışlanabilmesi nedeniyle farklı özellikler de gösterirler. Şöyle ki, bir kişinin kulüp mallarından yararlanmaya başlaması diğer kişilerin bu mal ve hizmetlerden sağlayacakları faydada ve hizmet kalitesinde düşüş yaratmaktadır. Kulüp mallarına örnek olarak, Ticaret ve Sanayi Odaları, barolar, tabipler birliği gibi kurumların sundukları hizmetler, kulüp malı niteliğindedir.

1.3.6.Merit-Erdemli Mal ve Hizmetler

Maliye terminolojisinde erdemli mallar olarak nitelendirilen mal ve hizmet grubunda, tüketilmesinde ve üretilmesinde toplumun fayda sağladığı mal ve hizmetler vurgulanmaktadır(Işık, 2006: 58).

Erdemli mallar, gerek toplumsal ve gerekse bireysel açıdan; özellikli, öncelikli ya da üstünlüğü olan, vazgeçilmez nitelikteki mal ve hizmetler olarak da ifade edilebilir. Bunlar ya doğrudan devlet tarafından bedelsiz olarak topluma sunulmakta ve finansmanı vergilerle sağlanmakta ya da piyasa fiyatının altında pazarlanmaktadır(Akdoğan, 2006: 49). Erdemli mallara örnek olarak, öğrencilere verilen burslar, konut olanaklarının sağlanması, toplum beslenmesinde önemli olan ürünler (et, süt gibi) verilebilir. Olumlu dışsallığa sahip diğer mal ve hizmetlerin üretilmesi ve tüketilmesi çoğunlukla bu grupta ele alınabilir.

1.3.7.Demerit – Erdemsiz Mal ve Hizmetler

Zararlı özel mal ve hizmetler, tüketimi ve üretimi toplum için zararlı sayıldığından, sunumu devlet tarafından kontrol edilen özel mal ve hizmetlerdir(Şener, 1996: 59). Erdemsiz mallar üretimi ve tüketimi topluma zarar veren mallardır. Uyuşturucu, sigara ve alkol, kumar, şiddet (özellikle şiddet içeren filmler-öğeler) ile çevre kirliliği ve bunları yaratan etkenler bu grupta yer almaktadır. Ancak, verilen bu örneklere karşın merit ve Demerit (erdemli-erdemsiz) malların tam olarak ne olduğu konusunda maliye literatüründe tam bir uzlaşma yoktur. Bu alanda bilimsel tartışmalar hala devam etmektedir (Işık, 2006: 58).

1.3.8.Dışsallıklar

Uzun zamandan beri ve çeşitli tartışmaları çeken bir konu olan dışsallık ilk kez, Knut Wicksell tarafından 1896'da ele alınmıştır (Akdoğan, 2006: 53).

Bir ekonomik birimin başka bir ekonomik birim ya da birimleri, yaptığı herhangi bir aktivite dolayısıyla piyasa dışı yollardan olumlu ya da olumsuz şekilde etkilenmesine dışsallık denilmektedir (Rosen, 1998: 80).

Genel olarak dışsallıklar, bir mal ve ya hizmetin üretilmesi ya da tüketilmesi sonucunda ortaya çıkan dolaylı etkiler olarak ele alınabilir. Bir üretim ya da tüketim faaliyeti yapıldığında hiç ilgisi olmayan kişiler bundan olumlu ya da olumsuz etkilenebilirler. Bu etkiye dışsallık denmektedir. Bu etki olumlu ise pozitif dışsallık, bu etkinin yönü olumsuz ise negatif dışsallık adını almaktadır(Işık, 2006: 59).

Dışsallık, malın fiyatına yansıtılabiliyorsa buna parasal dışsallık denir. Parasal dışsallık malın fiyatının daha yüksek veya daha düşük olmasına neden olacağından, tüketici veya üreticinin reel gelirini etkileyecektir. Böylece piyasa arz ve talebi buna göre belirlenecektir (Kökocak, 2011: 151).

Burada dikkat edilmesi gereken en önemli nokta; ekonomik birimler arasında ortaya çıkan ekonomik birimler arasında ortaya çıkacak etkinin fiyat mekanizması çerçevesinde olması halinde bu etkinin gerçek anlamda dışsallık olarak kabul edilmeyeceğidir (Akça, 2011: 36). Yani; dışsallıklar, piyasa işleyişi ve fiyat mekanizması içinde fiyatlara yansıdığı sürece kamu ekonomisi alanına girmez (Kirmanoğlu, 2007: 153). Burada fiyat mekanizmasının dışında olmasının anlamı, bir

ekonomik birimin yapmış olduğu üretim ya da tüketim faaliyeti sonucunda ekonomik birimlerin fayda veya maliyet fonksiyonlarını etkilemesidir.

1.3.8.1.Dışsallıkların Çeşitleri

Dışsallıklar genellikle piyasada fiyatlandırılmayan fayda veya maliyetler olarak kabul edilir. Piyasa sistemi tarafından fiyatlandırılmayan dışsallıklar nedeniyle tüketicilerin elde ettikleri faydaları daha fazla veya daha az bedel ödemeleri söz konusu olabileceği gibi, üreticiler marjinal hasıllattan daha fazla veya daha az maliyete katlanabileceklerdir.

Kamu ekonomisinin alanına giren dışsallıklar, bu dışsallıkları yaratan üretim sürecinin sonunda oluşan mal ya da hizmet fiyatlarının içinde yer almazlar. Piyasa işleyiş modelinde görülen, neoklasik iktisadın varsayımları altında, fiyatlar tüketiciler açısından marjinal özel faydayı, üreticiler açısından ise, marjinal özel maliyeti göstermektedir (Kirmanoğlu, 2007: 154). Dışsallıkların çeşitleri dışsallığı yaratan ve dışsallığa maruz kalanlara göre sınıflandırılmaktadır.

Bireylerin yapmış oldukları tüketim sonucu dışsallığın ortaya çıkmasının yanında bir üretim faaliyetinden sonra da dışsallıklar oluşabilir. Literatürde bu konuda verilen örnekler incelendiğinde, elma bahçesi sahibinin arı sahibine ve arı sahibinin de elma bahçesi sahibine sağlamış olduğu dışsallık üreticiden üreticiye dışsallık çeşididir ki, bu dışsallık pozitif dışsallıktır. Benzer şekilde pamuk üreticisinin yaptığı ilaçlama arıların ölmesi ise yine üreticiden üreticiye bir dışsallıktır. Ancak buradaki dışsallık negatif dışsallıktır (Akça, 2011: 37). Üreticiden tüketiciye dışsallık türünde, üreticilerin faaliyetleri; bireylerin, fiyat mekanizması içerisinde dikkate alınmayan fayda ve zararlar elde etmelerine neden olabilmektedir. Buna verilecek en güzel örnek bir üretim tesisinden kaynaklanan çevre kirlenmesidir.

Üretici – tüketici dışsallıklarının tersine olan etkileşim, tüketiciden üreticiye olan dışsallıklar şeklinde ifade edilmektedir. Bir tüketicinin faaliyeti bir firmayı etkilediği takdirde, ortaya çıkan bu durum olumlu ya da olumsuz nitelikte gelişebilir (Akdoğan, 2007: 58).Örneğin bir maldan memnun olan bir kişinin yakınlarına o malın imajını arttıracak biçimde reklam yapması gibi. Bunun tersi de söz konusu olabilir ki bir maldan memnun olmayan bir kişinin yakınlarına o malın imajını düşürecek şeyler söylemesi tüketiciden üreticiye negatif bir dışsallık örneğidir.

Bir tüketicinin gerçekleştirdiği tüketim, diğer tüketicileri etkileyebilmektedir. Bahçesine iyi bir şekilde bakan bir kişinin civardakilere sağladığı fayda ve tam tersi bir şekilde müziğin sesini fazla açtığı için komşusunu rahatsız eden bir kişinin oluşturduğu dışsallık, tüketiciden tüketiciye dışsallık türünü oluşturmaktadır.

1.3.8.1.1.Pozitif Dışsallıklar

Pozitif dışsallıklar ekonomik birimlerin diğer ekonomik birimler üzerindeki olumlu etkilerdir. Bu etkiler dışsallığın tanımlanması sırasında da belirtildiği gibi, fiyat dışı yollarla ortaya çıkan etkilerdir (Akça, 2011: 38). Daha basit bir ifadeyle bir kişinin eylemlerinin başkalarına fayda sağladığı durumlardır (Stiglitz, 1988: 93).

Pozitif dışsallık veya dışsal fayda, bir mal veya hizmetin kullanımında özel faydanın yanında bir de topluma yayılan fayda olduğu anlamına gelmektedir. Bu dışsal fayda aynen kamu mallarında olduğu gibi, fiyatlandırılmaz. Öyleyse, pozitif dışsallıkların varlığında, malın fiyatı ve dolayısıyla üretim miktarı, tüm faydaların dikkate alan, diğer bir deyişle toplumsal optimum sağlayan düzeylerde değildir. Eğer, özel ve toplumsal (dışsal) tüm faydalar dikkate alınmış olsaydı, üretim miktarı daha yüksek olacaktı. Çünkü özel talebe ilave olarak, bir de topluma yayılan dışsal fayda söz konusudur ve toplumsal talep eğrisi özel talep eğrisinin sağında yer almaktadır. Öyleyse, toplumsal faydaların olduğu durumlarda piyasa üretim miktarı, toplumsal optimumu sağlayan üretim miktarından daha düşük olacaktır.

Bu durumu aşağıdaki gibi ifade edebiliriz (Kirmanoğlu, 2007: 155):

Fayda dengesi,

Marjinal Özel Fayda + Marjinal Dışsal Fayda = Marjinal Toplumsal Fayda

ve maliyet dengesi şu şekilde ise;

Marjinal Özel Maliyet+ Marjinal Dışsal Maliyet = Marjinal Toplumsal Maliyet

Pozitif dışsallığı aşağıdaki şekilde gösterebiliriz;

Marjinal Toplumsal Fayda > Marjinal Toplumsal Maliyet

Bir mal veya hizmetin üretilmesi veya tüketilmesinde marjinal toplumsal faydanın marjinal toplumsal maliyetten büyük olması durumunda, pozitif dışsallığın varlığından söz edilebilir.

1.3.8.1.2.Negatif Dışsallıklar

Bir kişinin eylemlerinin diğerlerine maliyet yüklediği durumlara negatif dışsallıklar denilir (Stiglitz, 1988: 93). Negatif dışsallıklar veya dışsal maliyetlerin varlığı durumunda, firma maliyetleri içinde içselleştirilmeyen bazı maliyetler vardır. Çünkü bu maliyetler emek, sermaye ve girdi maliyetleri gibi olağan üretim maliyetleri değildir. Firma, bu sayılan maliyetleri zorunlu olarak içselleştirir; çünkü bunlar için fiyat ödemek zorundadır. Bunun yanında firmanın üretim faaliyetleri sonucunda diğer firmalara veya topluma yayılan maliyetler vardır ki, firma, bir zorunluluk olmadığı sürece bunları içselleştirme yoluna gitmez (Kirmanoğlu, 2007: 157).

Negatif dışsallıklar kendisini en çok çevre ile ilgili alanlarda göstermektedir. Sanayileşmenin beraberinde getirdiği fabrikaların çevreye yaydığı atıklar ve zararlı gazlar dünyayı yaşanamaz kılmaktadır.

Negatif dışsallık durumunda, piyasa fiyatı bütün maliyetleri kapsamaz. Marjinal özel maliyetlerin yanında, bir de topluma yayılan dışsal maliyetler vardır. Bu durumu aşağıdaki gibi ifade edebiliriz (Kirmanoğlu, 2007: 158):

Marjinal Özel Maliyetler + Marjinal Dışsal Maliyetler = Marjinal Toplumsal Maliyetler

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE PİYASASI

2.1.SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

2.1.1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetlerinden önce sağlık kavramını tanımlamamız gerekmektedir. Sağlık konusunda herkes bir fikir sahibidir. Ancak sağlık tanımlanmadan önce vurgulanması gereken bir diğer nokta da mükemmel sağlık ve optimum sağlık kavramlarının ayrılmasıdır. Bu ayrım şöyle bir örnekle açıklanabilir. Örneğin soğuk kavramı sıcaklığın yokluğu, sağlık kavramı ise hastalık ve rahatsızlığın olmadığı bir durum olarak tanımlanabilir. En iyi mutlak soğuk sıfır derecede var olmakta iken; mükemmel sağlığın elde edilmesi güçtür. Mutlak sağlık kavramı yerine, kaynakların etkin kullanıldığı, bulunan koşullara göre, bireylerin rahat ve ağrısız ve sağlık açısından kaliteli hayat sürmelerini amaç edinen optimum sağlık kavramı daha kolay uygulanabilir bir kavram olarak değerlendirilebilir (Mutlu ve Işık, 2005: 8).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 1946 yılında sağlığı; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).

Sağlık kavramında bir diğer ayrım da kişilerin sağlıklı olup olmadığının belirleneceği objektif ve sübjektif sağlık ayrımıdır. Sübjektif sağlık kavramı bireyin kendisini sağlık ve rahatsızlık açısından iyi hissettiği ya da algıladığı durumdur. Objektif sağlıkta ise, karşımızda daha genel koşulların çıktığı görülür. Neyin hastalık olup olmadığı, sağlık kavramıyla neyin ifade edilmek istendiği konusunda özellikle bu alanda çalışan doktorlar ve tıbbi personel arasında bir konsensüs vardır. Buna göre objektif sağlık, doktor muayenesi ve yapılan test sonuçlarına göre belirlenen bir hastalığın olmayışı hali olarak tanımlanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 10).

Sağlık hizmetleri ise, bireylerin veya toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak tam bir iyi olma halini ortaya koyabilmesi için yapılan her türlü hizmet olarak tanımlanabilmektedir.

05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sağlık hizmetleri kavramını şöyle tanımlamaktadır: “ Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.”

Günümüzde sağlık hizmeti kavramı, “sağlık” çıktısını / ürününü / hizmetini/ sonucunu oluşturan tüm kişi, kuruluş, ürün ve hizmetlerin tedbir, tarama, teşhis, tedavi, tedavi sonrası gibi, ortak sağlık hizmeti üretimleri görünümündedir (Sargutan, 2005: 402).

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım verilecek olursa; “sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne” birden sağlık hizmetleri denir. Sağlık hizmetlerini böyle kısaca tanımlamak tam anlaşılır olmaktan uzaktır. Bu nedenle de, gerçekte sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte, anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak amacıyla bir sınıflandırmaya gidilmiştir (Akdur, 1999: 5).

2.1.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dörde ayrılmaktadır.

2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık daha ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolayısıyla sosyal faydası özel faydasından yüksek bir sağlık hizmetidir (Aktan ve Işık, 2007: 14). Koruyucu sağlık hizmetleri, çevre sağlık koşullarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, beslenme koşullarının geliştirilmesi ve aile planlaması gibi konuları içermektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu sağlık

hizmetleri, diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Çünkü korumak, tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir (Altay, 2007: 34).

Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içerisinde iki şekilde sınıflandırılabilir:

- Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri: Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir (Aktan ve Işık,2007: 14). Genel olarak çevre sağlığı hizmeti olarak bilinen bu hizmetler; yeterli düzeyde temiz hava ve su temini, katı ve sıvı atıkların sağlığa uygun imhası, haşerelerle mücadele, gıda sağlığı, atık su ve kanalizasyon, vb. hizmetleri kapsamaktadır (Çilingiroğlu, 1995: 376).
- Kişiyeye Yönelik Hizmetler: Kişileri, dolayısıyla toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise erken dönemde teşhis konularak hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi sağlayan hizmetlerdir (Bulutoğlu, 2001: 271). Aşılama, beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetlerinden oluşmaktadır (Aktan ve Işık, 2007: 14)

2.1.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Kişilerde herhangi bir hastalık ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetlerinin, genellikle bireylerin hissettikleri hastalık bulgularına dayanarak sağlık merkezlerine başvurmaları sonucu ortaya çıktığı söylenebilir. Tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içinde; a) Birinci basamak tedavi hizmetleri, b)İkinci basamak tedavi hizmetleri, c)Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olmak üzere üç kısma ayrılır.

- a) Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların evde ve ayakta tedavi edilmesidir. Türkiye’de aile hekimliği hizmeti ve toplum sağlığı merkezlerindeki hizmetler örnek olarak gösterilebilir.
- b) İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi hizmetidir. Devlet hastaneleri, yataklı sağlık merkezleri ve özel hastaneler bu hizmetleri gerçekleştiren birimlerdir.
- c) Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Özel bir hastalığa {kanser (onkoloji) hastaneleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri}, özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastanesi) ya da cinsiyete (doğumevleri, jinekoloji)

hizmet veren, söz konusu birimlerde uzmanlaşmış kişilerce ve donanımla verilen hizmetler üçüncü basamak tedavi hizmetlerini oluşturmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda daha ön plandadır. Fakat bireyin tedavi görmesi sonucunda tüm toplumun fayda görmesi de kaçınılmazdır. Devletin toplum üyelerine kamu hizmeti olarak sağlayacağı tedavi hizmetlerinin toplam faydası, kişiye sağlanan bölünebilir fayda ile topluma sağlanan bölünmez dış faydanın toplamıdır. Bu hizmetlerde sosyal fayda, hastalığın bulaşıcı olma derecesine veya hastanın etrafı için tehlike olma derecesine bağlıdır. Yani hastanın yatırılıp tedavi altına alınması hastalığın toplumun diğer fertlerine bulaşma ihtimalini azalttığı ölçüde dışsal fayda sağlar. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden birisi de, serbest piyasa şartları bakımından cazip oluşudur ve bu özelliğiyle sadece kamu kurumu tarafından değil özel müteşebbisler tarafından da sunulmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 90).

2.1.2.3.Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitate edici hizmetler; doğum anomalileri, yaşlılık, hastalık ve kazalara bağlı olarak ortaya çıkan sakatlıkların etkisini en aza indirerek, kişinin kimseye muhtaç olmadan yaşantısını sürdürebilmesini amaç edinir(Güleş ve Özata, 2005: 4). Rehabilitate edici sağlık hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde verilmektedir. Tıbbi rehabilitasyonda, kalıcı bozuklukların düzeltilmesi; sosyal rehabilitasyonda ise sakatlığı ya da rahatsızlığı olan kişilerin, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri ve yaşam kalitelerinin arttırılması amaçlanmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan hastalıkların giderilmesi için yapılmaktadır. Eğer toplumdaki bireylerin sağlık durumları, temiz içme suyu sağlanması, bulaşıcı hastalıklara karşı aşılamanın yapılması, beslenmenin iyileştirilmesi vb. gibi önlemlerle korunamazsa, ortaya karmaşık ve çok sayıda hastalık çıkacaktır.

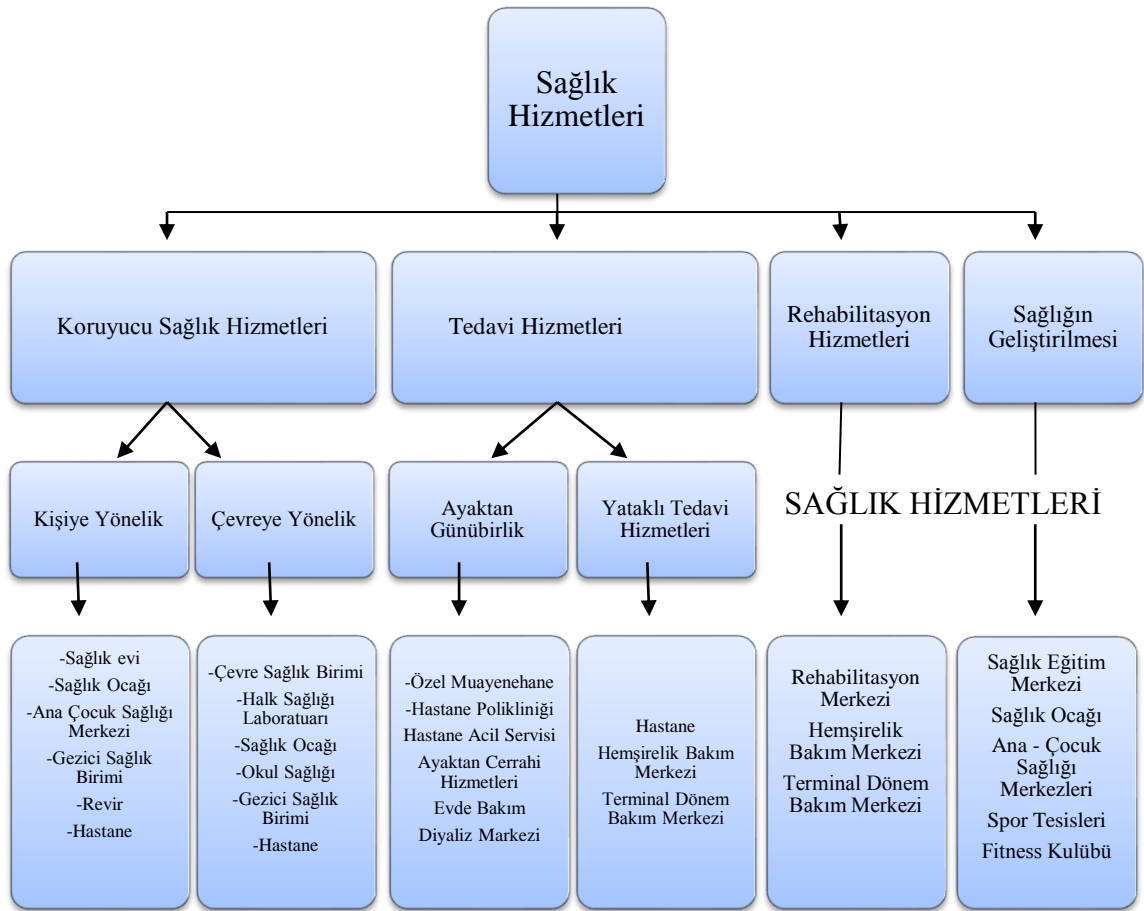
2.1.2.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO), sağlığın geliştirilmesi tanımı şöyledir; sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmaları ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine

yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacıyla verilen sağlık eğitime, organizasyonel, ekonomik ve çevresel tabanlı tüm desteklerin bileşimi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi (Health Promotion) olarak adlandırılmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün bir çok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından ve alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 46). Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Kişiler kendi yaşam biçimlerini geliştirerek sağlık durumlarını daha üst düzeylere çıkarabilirler. Örneğin, kişinin spor yapması, sigara ve alkol kullanmaması, sağlığı bozucu rafine gıdaların tüketiminden uzak durması ve kişisel hijyen sağlaması sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sağlayabilecektir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 49).

Şekil 2.1’de görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması bir tablo halinde gösterilmiştir. Bu alanda yapılmış çalışmalara bakıldığında sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında Koruyucu, Tedavi edici ve Rehabilitasyon hizmetleri şeklinde olmak üzere üçe ayrıldığı belirtilmiş ancak bunların yanında Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) de üzerine durduğu sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de bu sınıflandırmaya tabi tutulmuştur.



Şekil 2.1. Bütüncül Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar(Kavuncubaşı, 2000: 34.)

2.1.3.Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme ve Finansman

Sağlık hizmetleri sistemleri ve örgütlenme modelleri üzerinde, finansman yöntemlerinin önemli bir etkisi vardır. Bu yöntemler ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. O nedenle, dünya genelinde sağlık hizmetleri finansman yöntemine göre üç ayrı sistemde ve örgütlenme biçiminde ele alınabilir(Yiğit Şakar,1999: 19). Birincisi halkın devletin kurduğu sağlık kuruluşlarından ücretsiz veya belirli bir bedel karşılığı yararlanma sistemidir. Yoksullara sunulan sağlık hizmetleri kamu bütçesinden finanse edilmektedir. Çok az bir bölümü gönüllü kuruluşlar ve dernekler tarafından karşılanırken, zenginler özel hastanelerden faydalanmaktadır. İşçi ve memurlar için ise ücretsiz sunulan bazı sağlık hizmetleri vardır. Bu sistem Türkiye’de, bazı Asya, Avrupa ve Güney Amerika ülkelerinde uygulanmaktadır. Yine aynı şekilde bu örgütlenme modeli dünya nüfusunun % 49’unu kapsamaktadır.

Dünya nüfusunun %18'ini kapsayan bir başka sistem ise, Sağlık Sigortası Şeklinde Örgütlenme olan sistem, Batı Avrupa, Kuzey Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda, İsrail gibi belli bir ekonomik gelişmeye ulaşmış ülkelerde uygulanmaktadır. Birey sisteme vergi veya prim yoluyla katkıda bulunmakta, istediği hekime tedavi olmakta, masraflarını sigortadan almaktadır.

Ulusal Sağlık Hizmetleri diye adlandırılan ve dünya nüfusunun yaklaşık %30'unu içeren bu sistem ise toplumun tamamını kapsamakta ve sağlık hizmeti topluma ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bu sağlık sisteminde koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamlayıcısı olarak kabul edilmektedir (Yiğit Şakar, 1999: 19).

2.1.3.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme

Türkiye'de sağlık sektörünün genel örgütlenmesinde bakıldığında, çok sayıda resmi, yarı resmi ve özel kuruluş gerek sağlık hizmeti üretiminde ve gerekse finansmanında görev yapmakta olduğundan, örgütlenmenin açık ve net olduğu söylenemez. Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, SSK, Tıp Fakülteleri, M.E.B., Belediyeler ve Kamu İktisadi Kuruluşları sağlık hizmeti veren başlıca kuruluşlardır. Buna ek olarak, Kızılay ve vakıfların yanında kar amaçlı özel sektör kuruluşları da hizmet vermektedir. Sağlık bakanlığı dışında kalan kuruluşların genellikle hastane hizmetiyle sınırlı olduğu ve sınırlı belli gruplara hizmet verdiği göz önüne alındığında, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin temel çatısının Sağlık Bakanlığı örgütünün oluşturduğunu söylenebilir. Ayrıca, yürürlükteki kanunlara göre, ülkenin sağlığından sorumlu ve yetkili olan kuruluş da yine Sağlık Bakanlığı'dır (Akdur, 1999: 17).

Sağlık hizmeti üreten vakıfların sayısı, özellikle vakıf üniversitelerinin kurulması ve buralarda tıp fakültelerinin açılması ile artış göstermeye başlamıştır. Bunların yanı sıra kar amaçlı özel hastaneler ile azınlık ve yabancılara ait hastaneler de hizmet üretmektedirler. Dolayısıyla Türkiye'de hizmet üretimi pek çok kuruluş tarafından gerçekleştirilmektedir ve bunların arasında bir koordinasyon söz konusu değildir. Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerinin tek sunucusu Sağlık Bakanlığı'dır. Diğer kurum ve şahısların tamamı daha çok tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine odaklanmışlardır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 108). Ancak yürütülen bazı

çalışmalar sonucunda, günümüzde yaşanan bu koordinasyon eksikliğine çözüm aranmaktadır.

2.1.3.2.Sağlık Bakanlığı Örgütlenmesi

Sağlık Bakanlığı, Türkiye sağlık sistemi içerisinde, koruyucu hizmetlerde tek hizmet sunucusu, birinci basamak ve hastane hizmetlerinde ise en büyük hizmet sunucusu konumundadır. Sağlık bakanlığı örgütü; merkez teşkilatı, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan oluşmaktadır. Sağlık bakanlığının yürürlükten kaldırdığı 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin yürürlükteki kararnameye göre çeşitli farklılıkları vardır. Örneğin, daha önce Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ismiyle değiştirilip, önekinine göre daha kapsayıcı bir hal almıştır. Nitekim daha önce koruyucu sağlık hizmetlerini sağlamakla yükümlü olan söz konusu kurum, bugünkü haliyle; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin tümünü kapsamına almıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın yapısında yapılan değişikliklerle mevcut bazı kurumlar kaldırılmış, bazı kurumlar ise yeni kurulmuştur. Daha önceki teşkilat yapısından farklı olmasından dolayı söz konusu kuruluşlar ve bu kuruluşların görev ve sorumlulukları Resmi Gazete 'de yayınlandığı gibi aşağıda aktarılmıştır.

2.1.3.2.1.Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde hazırlanan ve teşkilat yapısı olarak bir devrim niteliği taşıyabilecek değişiklikleri içeren, 02.11.2011 tarihli 28103 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanan, 6223 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname' ye göre Hizmet Birimleri şunlardır;

- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
- Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
- Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü
- Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü
- Hukuk Müşavirliği
- Denetim Hizmetleri Başkanlığı

- Strateji Geliştirme Başkanlığı
- Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Özel Kalem Müdürlüğü

Hizmet birimlerinin görev ve sorumlulukları ise şöyle;

a) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü:

- Her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini planlamak, teknik düzenleme yapmak, standartları belirlemek ve bu hizmetler ile sunucularını sınıflandırmak, bununla ilgili iş ve işlemleri yaptırmak.
- Organ ve doku nakli, kan ve kan ürünleri, diyaliz, üremeye yardımcı tedavi, evde sağlık, yanık, yoğun bakım gibi özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerini planlamak ve bu hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamak.
- Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kurum ve kuruluşlarına izin vermek ve ruhsatlandırmak, bu izin ve ruhsatları gerektiğinde süreli veya süresiz iptal etmek.
- Sağlık hizmetlerinin ücret tarifelerini belirlemek veya tasdik etmek.
- Hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak.
- Sağlık kurum ve kuruluşlarının mevzuata, Bakanlık politika ve düzenlemelerine uyumunu denetlemek, gerekli yaptırımları uygulamak.
- Planlama ve standartlar oluşturulması için gerekli komisyonları kurmak.
- Sağlık kurum ve kuruluşları ile hizmetten faydalananlar arasında doğabilecek ihtilafların çözümüne yönelik usulleri belirlemek.
- Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanı ile yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak.
- İlaç, tıbbî cihaz ve ürünler dışında kalan alanlarda yapılacak klinik araştırmalarla ilgili düzenlemeleri yapmak, izin vermek ve denetlemek.
- Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kuralları belirlemek ve uygulamasını sağlamak.

- Sağlık turizmi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik düzenlemeler yapmak, ilgili kurumlarla koordinasyon sağlamak.
- İlgili mevzuat çerçevesinde kişisel verilerin korunmasına ve veri mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapmak.
- Tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek.
- Sağlık insan gücü planlaması yapmak, sayı ve nitelik olarak ihtiyaca uygun insan gücü yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak.
- Mevcut sağlık insan gücünü, kamu ve özel kurum ve kuruluşlar düzeyinde planlamak ve istihdamın bu plan çerçevesinde yürütülmesini denetlemek.
- Sağlık meslek mensuplarının uyum, hizmet içi eğitim, sertifikalı eğitim, görevde yükselme ve unvan değişikliği eğitimleri ve benzeri eğitimleri ile ilgili düzenlemeleri yapmak, koordine etmek, kredilendirme, izleme ve denetimini sağlamak.
- İlgili kuruluşlarla işbirliği yaparak sağlık mesleklerinin standartlarını belirlemek, eğitim müfredatlarının kanıta dayalı olarak güncellenmesini ve geliştirilmesini sağlamak, sağlık meslek mensuplarının sertifikasyonu ile ilgili işleri yapmak veya yaptırmak.
- Sağlık meslek mensuplarının tescil işlemlerini yapmak, kayıtlarını tutmak, personel hareketlerini takip etmek.
- Bağlı kuruluşların sağlık hizmetleri sınıfına ait personelinin ihtiyaç planlamasını yapmak.
- Kura ile ataması yapılan sağlık personelinin planlama ve yerleştirme işlemlerini yapmak.
- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

b)Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü(Madde 9):

- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak
- Görev ve sorumluluk alanı ile ilgili personelin yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde eğitim programı hazırlamak ve uygulamak, tatbikat organizasyonları yapmak, ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılmak.

- Toplumun ilkyardım bilgi ve becerisinin geliştirilmesi amacıyla gerekli eğitim faaliyetlerini planlamak ve yürütmek.
- Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak.
- Afet ve acil durumlara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulacak haberleşme, ilaç, tıbbî ve teknik malzemelere yönelik planlama, tedarik, dağıtım ve depolama faaliyetlerini yürütmek.
- Yurtdışında meydana gelen afet ve acil durumlarda ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içinde sağlık ve insanî yardım faaliyetlerine katılmak.
- Yurtiçinde meydana gelen afet ve acil durumlardaki tıbbî kurtarma ve acil sağlık hizmetlerini ilgili tüm taraflarla işbirliği ve koordinasyon içinde sağlamak.
- Kara, hava ve deniz ambulanslarının temin, tahsis, sevk ve idaresini sağlamak.
- Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimleri kurmak ve işletmek, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre etmek, ilgili birimlerin faaliyetlerini izlemek, değerlendirmek, hasta nakil ve sevk koordinasyonunu sağlamak.
- Afetlerde ve acil durumlarda ülke genelinde sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek.

b) Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü(Madde 10):

- Sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yardım edecek düzenlemeler yaparak birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek.
- Toplumun ve bireyin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini artırmak ve bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılımlarını teşvik etmek.
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik bilimsel çalışmalar yapmak veya yaptırmak, eğitim kurumları ve basın yayın organları aracılığı ile toplumu bilgilendirmek, kampanyalar yapmak veya yaptırmak.

- Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması, önlenmesi ve teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılabilmesi için uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici mahiyette programlar hazırlamak veya hazırlatmak.
- Bakanlığın basın ve halkla ilişkilerini ve bilgi edinme hizmetlerini yürütmek.
- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

c) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü(Madde 11):

- Sağlık alanında kullanılan bilişim sistemleri ve iletişim teknolojileri ile ilgili ülke çapında politika, strateji ve standartları belirlemek.
- Kişisel sağlık verileri ile ülke düzeyinde sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine ilişkin veri ve bilgi akışını içeren her türden bilgi sistemleri ve projelerini yapmak ve yaptırmak.
- Sağlık bilgi sistemleri ve teknolojileri alanında uluslararası gelişmeleri izlemek, ülke uygulamalarını ve tecrübelerini paylaşmak, gerektiğinde uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmak.
- Sağlık bilişimi ve teknolojisi alanında çalışacak kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerin uyacakları kuralları belirlemek, uygulamak, gerektiğinde bunların yazılım ve ürünlerinin uygunluğuna karar vermek ve müelliflerini yetkilendirmek.
- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

d) Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (Madde 12):

- Sağlık politikalarının belirlenmesi, izlenmesi, değerlendirilmesi, ülkenin sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik ihtiyaç duyulan alanlarda araştırmalar yapmak veya yaptırmak.
- Araştırma sonuçlarının ulusal veya uluslararası düzeyde yayımlanmasını sağlamak.
- Yurtdişinde ve yurtdişinde üretilen sağlık istatistiklerinin derlenmesi, veri kalitesinin değerlendirilmesi, yayımlanması, ulusal ve uluslararası kurumlarla paylaşılması, uluslararası kurumlar tarafından ülkemiz ile ilgili yayımlanan istatistiklerin izlenmesi ve değerlendirilmesini

sağlamak, sağlık istatistikleri ile ilgili konularda koordinasyonu sağlamak.

- Sağlık hizmetlerinde çalışan personelin meslekî eğitimi ve gelişimi için eğitim materyallerini hazırlamak, eğitim vermek, seminer, sempozyum, konferans, araştırma ve benzeri etkinlikler düzenlemek.
- Uluslararası kurum ve kuruluşların sağlık alanındaki gelişmelerle ilgili yayınlarını takip etmek, gerekli görülenleri tercüme ettirerek yayımlamak.
- Koruyucu, rehabilite edici hizmetler, teşhis ve tedavi metotlarının etkililiği, verimliliği, klinik, etik, sosyal, hukukî, organizasyonel ve ekonomik etkileri konularında değerlendirmeler yapmak veya yaptırmak, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve klinik rehberler geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması faaliyetlerini yürütmek.
- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

e) Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü (Madde 13):

- Bakanlığın ve bağlı kuruluşların hizmetlerinde kullanılacak binalar için belirlenen ihtiyaç programlarına uygun olarak mühendislik hizmetlerini yürütmek, projelerini hazırlamak veya hazırlatmak.
- Gerektiğinde ön veya tam proje ile inşaat ihalelerini yapmak ve bu hizmetler için müşavirlik hizmeti satın almak.
- Gerektiğinde Bakanlık ve bağlı kuruluşların inşaatlarının kontrollüğünü yapmak veya yaptırmak.
- Bakanlığın ihtiyaç duyduğu taşınmazların kamulaştırma işlemlerini yürütmek.
- Sağlık yapılarının standartlarını belirlemek ve mimarisini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmak.
- Bakanlığın ve bağlı kuruluşların ihtiyacı olan tesislerin yapımını ve mevcut tesislerin yenilenmesini kamu özel ortaklığı modeli veya diğer usuller ile gerçekleştirmek.
- Sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan ve ileri teknoloji gerektiren tıbbî cihaz, ürün ve hizmetlerin üretimine, teknolojilerinin geliştirilmesine ve yurtdışından transferine yönelik yerli ve yabancı

yatırım ve teknoloji imkânlarını araştırmak, teşvik etmek ve bu ürünlerin off–set ticaretini düzenlemek.

- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

f) *Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü (Madde 14):*

- Sağlık alanında yabancı ülkelerle ve uluslararası kuruluşlarla ilişkileri yürütmek, geliştirmek ve bunlarla ilgili hukukî ve idarî düzenlemelere ilişkin çalışmaları yürütmek.
- İkili ve çok taraflı anlaşma ve sözleşmelere ilişkin işlemleri yürütmek.
- Avrupa Birliği ile ilişkileri, Bakanlığın ilgili birimleri arasında ve Bakanlık ile diğer kurumlar arasında koordinasyonu gerçekteştirmek suretiyle yürütmek.
- Uluslararası nitelikteki kongre, konferans ve toplantılar düzenlemek.
- Bakanlığın yurtdışına yönelik iş ve işlemlerini yürütmek.
- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

g) *Hukuk Müşavirliği (Madde 15):*

- 659 sayılı Genel Bütçe Kapsamındaki Kamu İdareleri ve Özel Bütçeli İdarelerde Hukuk Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Kanun Hükmünde Kararname hükümlerine göre hukuk birimlerine verilen görevleri yapmak.
- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

h) *Denetim Hizmetleri Başkanlığı (Madde 16):*

- Denetime ilişkin yöntem ve teknikleri geliştirmek, denetim alanındaki standart ve ilkelerin oluşturulmasını sağlamak, denetim rehberleri hazırlamak, denetimlerin etkinliğini ve verimliliğini artırıcı tedbirler almak.
- Bakanlık teşkilatı ile gerektiğinde bağlı kuruluşlarının performans denetimini yapmak.
- Bakanlık teşkilatı ile gerektiğinde bağlı kuruluşların ve bunların denetimi altındaki kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri hakkında denetim, inceleme ve soruşturma yapmak.

- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.
- Denetime tâbi olan gerçek ve tüzel kişiler, gizli dahi olsa bütün belge, defter ve bilgileri talep edildiği takdirde ibraz etmek, para ve para hükmündeki evrakı ve ayniyatı ilk talep hâlinde göstermek, sayılmasına ve incelenmesine yardımcı olmak zorundadır. Sağlık Denetçileri, görevleri sırasında kamu kurum ve kuruluşları ve kamuya yararlı dernekler ile gerçek ve tüzel kişilerden gerekli yardım, bilgi, evrak, kayıt ve belgeleri istemeye yetkili olup kanunî engel bulunmadıkça bu talebin yerine getirilmesi zorunludur.

i) Strateji Geliştirme Başkanlığı (Madde 17):

- 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile 22/12/2005 tarihli ve 5436 sayılı Kanunun 15 inci maddesi ve diğer mevzuatla strateji geliştirme ve malî hizmetler birimlerine verilen görevleri yapmak.
- Bakanlık Merkez Döner Sermaye İşletmesince elde edilen gelirler ile Döner Sermaye Muhasebe Birimi hesabına aktarılan tutarların tahsisini yapmak.
- Bakanlığın ve bağlı kuruluşların malî kaynaklarının geliştirilmesi, etkili ve verimli bir şekilde kullanılması yönünde araştırmalar yapmak veya yaptırmak ve gerekli tedbirleri almak.
- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

j) Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Madde 18):

- Bakanlığın insan gücü planlaması ile insan kaynakları sisteminin geliştirilmesi ve performans ölçütlerinin oluşturulması konusunda çalışmalar yapmak ve tekliflerde bulunmak.
- Bakanlık personelinin atama, nakil, terfi, emeklilik ve benzeri özlük işlemlerini yürütmek.
- 5018 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde, kiralama ve satın alma işlerini yürütmek, temizlik, güvenlik, aydınlatma, ısınma, onarım, taşıma ve benzeri hizmetleri yapmak veya yaptırmak.
- Bakanlığın taşınır ve taşınmazlarına ilişkin işlemleri ilgili mevzuat çerçevesinde yürütmek.

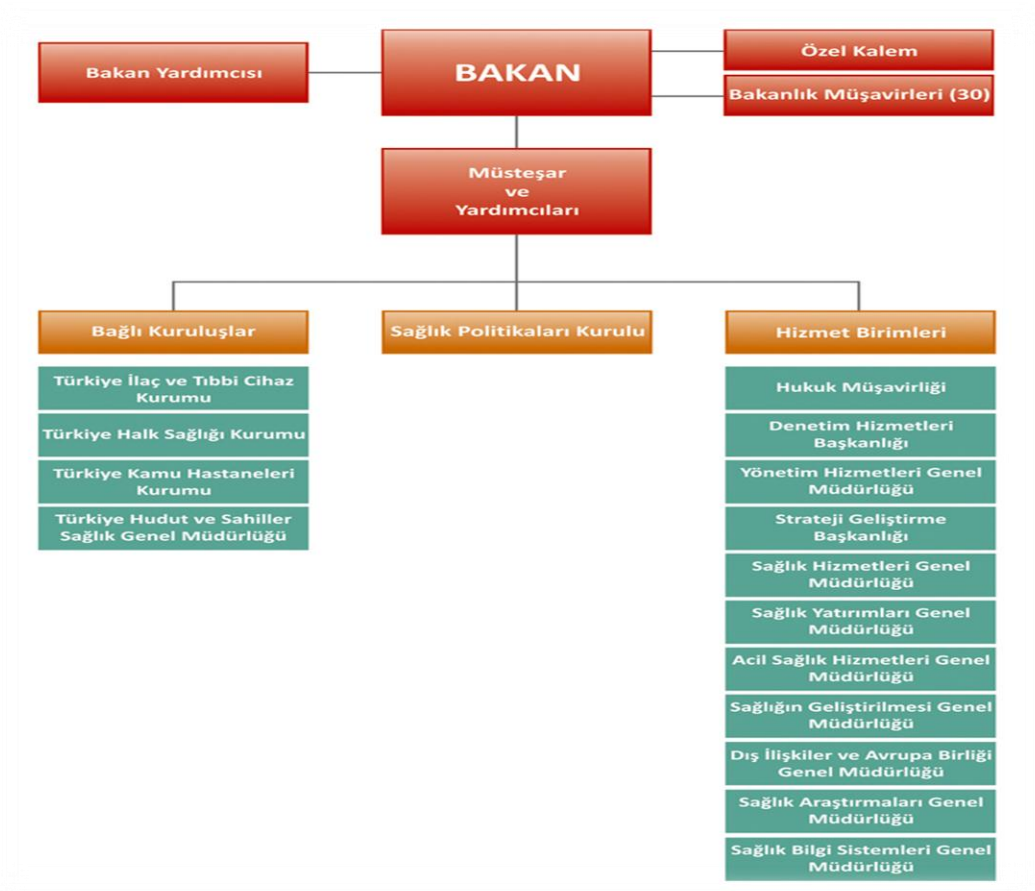
- Genel evrak ve arşiv faaliyetlerini düzenlemek ve yürütmek.
- Bakanlık sivil savunma ve seferberlik hizmetlerini planlamak ve yürütmek.
- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

k) Özel Kalem Müdürlüğü (Madde 19):

- Bakanın çalışma programını düzenlemek.
- Bakanın resmî ve özel yazışmalarını, protokol ve tören işlerini düzenlemek ve yürütmek.
- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

l) Bakanlık Müşavirleri (Madde 20):

- Bakanlıkta, özel önem ve öncelik taşıyan konularda Bakan'a yardımcı olmak üzere otuz Bakanlık Müşaviri atanabilir.



Şekil 2.2. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>).

Bakanlığın yürürlükten kaldırdığı kararnamede daha önce 13 adet ana hizmet birimi varken; yeni düzenlemeye göre, bunlardan bazıları bağlı kuruluşlara devredilmiş, bazıları kaldırılmış, daha önce birden fazla birimle verilen hizmetler tek birime aktarılmış ve bazı birimlerde de çeşitli ibareler konulup ya da kaldırılarak değişikliğe gidilmiştir.

Daha önce Bakanlığın ana hizmet birimlerinde bulunan “Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” ve “Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü” kuruluşlarının görevleri çoğunlukla yeni kurulan “Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” ne devredilmiştir. Daha önce “İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü” ana hizmet birimiyken, söz konusu düzenlemeyle, ismi “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” olarak değiştirilip bağlı kuruluşlar kısmına dahil edilmiştir. Yine daha önce bağlı kuruluş olarak hizmet veren “Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü” nün başına “Türkiye” ibaresi eklenmiş ve daha önce bağlı kuruluş olarak hizmet veren Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı kaldırılmıştır. Söz konusu bağlı kuruluşlara “Kamu Hastaneleri Kurumu” ve “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu” da eklenmiştir. Yine bu düzenlemede eklenen geçici maddede, Bakanlığın onayıyla Kamu Hastane Birliklerinin oluşturulacağına değinilmiştir.

Önceki düzenlemede ana hizmet birimi olan Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü yürürlükten kaldırılmış, kuruluşun görevleri “Tıpta Uzmanlık Kurulu” adında oluşturulan bir kurula devredilmiştir.

Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı ve Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı'nın görevleri birleştirilip “Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü” adı altında kurulmuş olan birime devredilmiştir.

Acil durumlarda ve afetlerde sağlık hizmetlerini yerine getirmek üzere “Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” kurulmuştur.

Daha önceki düzenlemede hastanelerde “klinik şefi, şef yardımcısı” ibareleri “Eğitim Görevlisi” şeklinde değiştirilmiştir.

Sağlıkta bu değişikliklere -genel olarak Sağlıkta Dönüşüm programına-yöneltilen olumsuz eleştiriler de mevcuttur. Söz konusu eleştirilere göre sağlığın gereksinme ölçüsünde değil prim ölçüsünde yani ödenen para kadar işlem uygulanması söz konusu olacağından, sağlığın 1961 Anayasasında yer alan bir hak olmaktan uzaklaştığı belirtilmektedir.

2.1.3.2.Sağlık Bakanlığının Taşra Teşkilatı

02.11.2011 Tarihli 28103 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanan, 6223 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 25. maddesinde taşra teşkilatının görevleri şöyle tanımlanmıştır:

a) Bakanlığın taşra teşkilatı; illerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşur. İl sağlık müdürleri Bakanlığın ildeki temsilcisi ve valinin müşaviridir.

b) İl sağlık müdürlüğü, bağlı kuruluşların il teşkilatının koordinasyonunu yapar ve uyumlu çalışmasını gözetir. Sağlık hizmetleri yönünden ilin durumunu Bakanlıkça belirlenen aralıklarla Bakanlığa rapor eder.

c) Acil sağlık hizmetleri il ve ilçe sağlık müdürlükleri tarafından yürütülür. Bu müdürlükler söz konusu hizmetlerin yürütülmesi için kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden sorumlu ve bu konuda yetkilidir.

d) İl ve ilçe sağlık müdürlüğü yetki devri çerçevesinde Bakanlıkça yürütülen görevleri il ve ilçe düzeyinde yerine getirir, yapılan düzenlemelere uyumu denetler ve gerekli müeyyideleri uygular.

e) Birden fazla ildeki sağlık hizmetlerinin bir arada değerlendirilmesi, gelişmişlik farklarının giderilmesi ve hizmetlerin ve ihtiyaçların müşterek planlanması amacıyla Bakanlıkça belirlenen illerdeki müdürlerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.

- f) İlçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı yerlerde sağlık grup başkanlıkları oluşturulabilir. Bu başkanlıklara ayrıca kadro tahsisi yapılmaz ve buralarda gerek duyulan hizmetler ilgili ilçede bulunan personel eliyle yürütülür.

2.1.3.3.Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme İlkeleri

Sağlık sisteminin görevini istenilen kalite ve biçimde yerine getirebilmesi için; yasal düzenlemeler, ekonomik destek, personel/hizmet sunumu ve bilgi, teknoloji ve benzerlerinden oluşan yardımcı unsurların sunumu gibi unsurların yeterli ölçüde sağlanması gerekmektedir. Bir ülkede temel sağlık hizmetleri kavramına uyulup uyulmadığını değerlendirebilmek için o ülkedeki sağlık örgütlenmesinde bazı ilkelere uyulup uyulmadığına bakmak gerekir.

Bunlar aşağıda kısaca belirtilmiştir (Aktan ve Işık, 2007: 42, Dirican ve Bilgel, 1993: 517):

- Toplum sağlık hizmetlerine katılmalıdır
- Toplum içinde, halkın “ilk başvuruları” için hizmet birimleri kurulmalıdır,
- Sağlık örgütlenmesi içerisinde kademeli bir hasta sevki sistemi işletilmelidir.
- Korunma, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirici hizmetler bir bütün olarak ele alınmalıdır.
- Hizmetler sürekli olmalıdır.
- Sağlık yönünden tehlike (risk) altındakileri belirlemek için evlere ve işyerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulmalıdır,
- Hizmet modeli kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalıdır,
- Hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve koşullarına uygun olmalıdır.
- Sağlık hizmetleri bilimsel yönetim kurallarına göre ele alınmalı ve ülke koşullarına uygun olarak örgütlenmelidir.
- Sağlık hizmeti sunan birimler merkezden dışa doğru genişleyen halkalar şeklinde örgütlenmeli ve en dıştaki halka, toplumun en uçtaki yerleşim yerlerine erişebilmelidir.
- Az gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri örgütlenirken, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin bu örgütte oynayacağı rolün, gelişmiş ülkelere çok farklı olacağı unutulmamalıdır.

- Her toplum, tabanında sosyo-ekonomik durumu yetersiz bireylerin bulunduğu bir piramide benzetilebilir. Piramidin en üstünde uzman hekim, tabanında köy ebeleri ve yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde bu piramidin tabanına öncelik ve ağırlık verilmelidir. (bkz. Şekil – 2.3)



Şekil -2.3.Sağlık Personeli Piramidi

- Sağlık personelinin hizmet edeceği nüfus, hizmetin etkinliğini ortadan kaldıracak kadar fazla olmamalıdır.
- Sağlık hizmetleri, toplumun istek ve gereksinmelerini karşılayacak şekilde örgütlenmelidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlıktan para kazanmaktan öteye, sağlıktaki gereksinimleri karşılamak ve toplumsal sağlık sorunlarının çözülmesi hedeflenmelidir (Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2007: 23).

Sağlık sisteminin işlevsel ve duygusal hedefleri 5 D başlığıyla sıralanmaktadır (Sargutan, 2005: 404):

- Ölüm (Death)
- Hastalık (Disease)
- Sakatlık (Disability)
- Rahatsızlık (Discomfort)
- Doyumsuzluk (Dissatisfaction).

Bu olumsuzluklara karşı kullanılan 6 silah da şöyle sıralanmaktadır:

- Koruma (önlem),
- Tanı,
- Rehabilitasyon,
- İzlem (gözlem),
- Halkın Sağlık eğitimi.

2.1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Tarihsel Gelişim

Türkiye’de sağlık hizmetleri tarihine bakıldığında gerek cumhuriyet öncesi dönem olsun gerekse cumhuriyetten günümüze geçen dönemde, sağlığın geliştirilmesi ve insanların yaşam kalitelerinin artırması amacıyla sağlık sektöründe sürekli bir değişim gözlenmiştir. Burada Cumhuriyet öncesi dönem, 1920 – 1938, 1938 – 1960, 1960-1980, 1980 – 2000 ve 2000’den günümüze geçen dönemlerde sağlık hizmetlerinin ve politikalarının zaman içerisindeki değişimi incelenecektir. Sağlık hizmetleri politikalarında ve devlet örgütlenmesinde, cumhuriyet döneminden sonra batıdaki sağlık sistemlerinden etkilenildiği görülmektedir.

2.1.4.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Türklerin Anadolu’ya gelmeden önceki yaşamlarında yararlandıkları sağlık hizmetleri ile ilgili veriler çok sınırlıdır. Yusuf Has Hacıp tarafından 1069 yılında yazılan *Kutadgu Bilig* adlı yapıtta, “otakçı” ve “efsuncu” denilen iki tip hekimden söz edilmektedir. Otakçı’nın çeşitli bitkisel, hayvansal ve madensel ilaçlardan yararlanarak hasta tedavi ettiği; efsuncunun ise cin ve perilerin neden olduğu kimi hastalıkları tedavi eden bir tür ruh hekimi olduğu bu kitapta yazılıdır (Dirican ve Bilgel, 1993: 533).

Tarih boyunca Anadolu’da çeşitli sağlık ve tıp eğitim kurumları tesis edilmiştir. Selçuklular ve Osmanlılar döneminde bu tür tesislerin kurulmasına çok önem verilmiş ve tıp bilimi teşvik edilmiştir. Bu kurumlar çeşitli adlar altında kuruluyordu. *Darü’l-Sıhha*, *Darü’l-Afiye*, *Darü’l-Raha*, *Darü’l-Tıp*, *Maristan*, *Bimarhane*, *Taphane*, *Nekahathane*, *Şifaiyye* gibi kurumlar mevcuttu. Bunlar arasında en yaygın olanı *Darü’ş-Şifa*’dır (Tekin, 1987: 265).

Selçuklular döneminde Anadolu’da (Kayseri, Sivas, Konya, Çankırı, Tokat, Amasya, Mardin, Malatya) birçok yerde Darü’şifa yapılmıştır.

Osmanlı döneminde ise monarşinin tüm özellikleri sağlık politika ve uygulamalarına da yansımıştır. İdari örgütlenmenin saray merkezli ve askersel olmasına koşut olarak, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Devletin sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran *Reisul Etibba (Hekim Başı)* kurumundan başka bir resmi örgüt yoktur (Akdur, 1999: 10). Ancak özellikle 1827 yılından sonra hekim, cerrah ve kehhalların (göz hekimi) darü’ş-şifalarda usta – çırak yöntemiyle yetiştirilmesine son verilmiş, bu tarihte *Tıphane ve Cerrahhane-i Amire*’nin kurulması ve 1838’de *Mekteb-i Tibbiye-i Adliye-i Şahane* adıyla modernize edilmesi ile tıp öğretimi kurumlaşmıştır (Dirican ve Bilgel, 1993: 535). Daha sonra 1850 yılında kurulan *Mekteb-i Tibbiye Nezareti* (Tıp Okulu Bakanlığı) ile Hekimbaşılık dönemi sona ermiştir. Hekimbaşılık döneminde sağlık hizmetleri ücret karşılığı hasta bakan hekimler ve cerrahlar ile Darrü’ş –şifa adı verilen vakıf hastaneleri tarafından yürütülmekte idi.

Osmanlılar, Selçuklulardan devraldıkları darüşşifaları vakfiyeleri ile birlikte kabul ederek işletmişler, kendileri taht şehirleri dışında (Edirne, Bursa ve İstanbul) dışında pek az hastane kurmuşlardır (<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>)

Osmanlı Devleti’nin yükselme döneminde yapılan hastanelerden bazıları şunlardır (Dirican ve Bilgel, 1993: 535):

- 1451 yılında kurulan Edirne Cüzzamhanesi,
- 1470 yılında kurulan Fatih Darü’ş-Şifası,
- 1488 yılında kurulan Edirne II. Bayezid Darü’ş-Şifası,
- 1514 yılında kurulan Karacaahmet Cüzzamhanesi,
- 1539 yılında kurulan Manisa Hafsa Sultan Bimarhanesi,
- 1550 yılında kurulan Haseki Darü’ş-Şifası,
- 1566 yılında kurulan ve tıp öğretimi de yapılan Süleymaniye Darü’ş-Şifası,
- 1583 yılında kurulan Topbaşı (Atikvalide) Bimarhanesi,
- 1617 yılında kurulan Sultanahmet Darü’ş-Şifası.

Osmanlı’nın duraklama dönemine girmesiyle beraber sağlık hizmetleri de duraklama göstermiş, yaklaşık 200 sene hastane yapılmamıştır. XVIII. yüzyılın sonlarından itibaren İstanbul’da özellikle askeri hastanelerin yapımına başlanmıştır. Zeytinburnu Askeri Hastanesi (1794), İstanbul Deniz Hastanesi(1805), Haydarpaşa Askeri Hastanesi (1835), Gümüşsuyu Askeri Hastanesi(1846), Gülhane Hastanesi ve

Askeri Tatbikat Okulu (1898) ve Haydarpaşa Askeri Tıbbiye Hastanesi (1904) bu dönemde yapılan hastanelerden en önemlileridir.

Siviller için hastane yapımına Tanzimat'tan sonra başlanmıştır. Bu hastanelere önceleri “*Guraba (garipler) hastaneleri*” ve II. Abdülhamid döneminde “*Hamidiye Hastaneleri*” denilmiştir. XVIII. yüzyılın sonlarından itibaren İstanbul ve İzmir gibi şehirlerde yabancılara ve azınlıklara hizmet sunan hastaneler de yapılmaya başlanmıştır. *Vakıf Guraba veya Bezm-i Alem Guraba-i Müslimin Hastanesi (1845)*, *Şişli Hamidiye Etfal (Şişli Çocuk) Hastanesi (1899)* ve *Cerrahpaşa Hastanesi (1910)* İstanbul’da kurulan sivil hastanelerin en önemli olanlarıdır (Dirican ve Bilgel, 1993: 536).

Hekimbaşılığın kaldırılarak yetkilerinin Mektebi-i Tıbbiye Nezaretine devredilmesinden sonra 1870’de yayınlanan bir nizamname ile Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak İdare-i Mülkiye-i Tıbbiye, 1871 yılında sivil halkın sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla “Sıhhiye Müfettişlikleri” ile “*Memleket Tabiblikleri*” kurulmuştur (<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>). 1896 yılında Tıp okulu bünyesinde bir Mülki Sağlık İşleri Meclisi kurulmuş ve bu kuruluş 1906 yılında “Genel Sağlık Tıp İşleri Meclisi” adını almıştır. Bu meclis, 1908 yılında “Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umimiye” adını alarak günümüzdeki genel müdürlüğe eş bir statüye kavuşturulmuştur. 1912 yılında Dahiliye Nezaretine bağlı bir “Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi” kurularak yaygın örgütlenmenin hukuki yapısı oluşturulmuştur. Böylece, yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri içişleri bakanlığına bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur (Akdur, 1999: 11).

2.1.4.2. 1920 – 1938 Dönemi

1920’de kurulan Sağlık Bakanlığı’nda 1920 – 1938 yılların arasında birçok alanda yeni düzenlemeler yapılmıştır. Dr. Adnan ADIVAR ilk sağlık bakanı olmuştur. Cumhuriyetin ilanından sonra ise ilk bakan Dr. Refik Saydam’dır ve kısa bir süre haricinde 1937’ye kadar bakanlık yapmıştır. O dönemde başlatılan özellikle sıtma olmak üzere, sifilis, trahom gibi bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak gerçekleştirilen dikey örgütlenme bugün de devam etmektedir.

1923 verileri incelendiğinde Türkiye’de 6437 hastane yatağı ve 86 hastane bulunduğu görülmektedir. Bu hastanelerin yalnızca üçü merkezi yönetimin mülkiyetinde idi. Diğer hastanelerin mülkiyeti yerel yönetimler, özel sektör, yabancılar

ve azınlıklara aitti. Yine aynı yılın (1923) verilerine göre tüm ülkede 554 hekim, 60 eczacı, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile hizmete başlamıştır. Hekim başına düşen nüfus 1923 yılında 30.000 dolayındadır. 1935 yılında hekim sayısı 1625'e, ebe sayısı 400, sağlık memuru sayısı 1365'e ulaşmış, başlangıçta hiç kaydı olmayan 202 hemşire kayda girmiştir. Gelişme süreci o kadar hızlıdır ki, dışarıdan getirilenler dahil 1940 yılında hekim sayısı 2378 (1923 'e göre 17 yılda 4 misli)'e, hemşire sayısı 405'e ulaşmıştır (Metintaş ve Elçioğlu, 2007: 168).

Yukarıda da değinildiği gibi Saydam Dönemi'nde hastaneler, belediye ve özel idarelere bırakılmıştı. Ancak bu kuruluşları teşvik ve yönetimde yol göstermek için Sağlık Bakanlığına bağlı ve hekimliğin bütün uzmanlık dallarını içinde toplayan Numune Hastaneleri (Ankara, İstanbul, Diyarbakır, Sivas, Erzurum gibi) kurulmuştur.

1923 – 1938 yılları arasında “Sağlık Mevzuatı” çalışmaları önemli bir yer tutmaktadır. Bu dönemde, sağlık sistemi adeta yeniden yapılandırılmış ve örgütlenmiştir. Öyle ki on üç yıl içinde sağlık sisteminin kuruluş ve örgütlenmesi amacıyla bakanlık tarafından 50 yasa ve 18 tüzük hazırlanmış ve yürürlüğe konulmuştur (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 94).

Cumhuriyet döneminde devlet bir yandan tedavi edici hizmet ağını genişletmek isterken, öte yandan da konuyu sağlık hizmetlerinde büyük bir atağa geçmiştir. Bu dönemde tedavi ve koruyucu hizmetler bir bütün olarak düşünülmüştür. Bu çerçevedeki devlet politikasının en iyi göstergelerinden biri Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 1930 yılında yürürlüğe girmesidir (Aydın, 2002: 188). O dönemde kurulan, Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, dispanserler, müesseseler, bölge laboratuvarları, sağlık merkezleri, sağlık ocakları ve sağlık evleri gibi tesislerin yapılanmaları bazı değişikliklere uğramakla beraber günümüzde de varlığını sürdürmektedir (Tengillimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009: 96).

2.1.4.3. 1938 – 1960 Dönemi

Bu dönemde merkezi yapıyı güçlendirmek ve sosyal içerik dahilinde politika geliştirmek amacıyla yasal düzenlemeler yapılmış ve uygulamalara geçilmiştir (Özbay ve Diğerleri, 2007: 99).

Dr. Saydam Dönemi'nden sonraki ilk önemli girişim; 1946 – 1950 yılları arasında bakanlık yapan, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan “Birinci On Yıllık Sağlık Planı”dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline gelmiştir. Behçet Uz Planı diye anılan bu plana göre; ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacak ve bu merkezlerde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunacaktı. Buna ek olarak her on köy için bir ebe ve bir sağlık memuru öngörülüyordu. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede bir tıp fakültesi açılması düşünülmüştü. Akdur'a göre Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsenerek böylece, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu (http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslama.pdf).

İkinci dünya savaşından sonra ortaya çıkan sıtma, suçiçeği, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için “Olağandışı Sıtma Kontrolü Yasası” çıkarılmış ve hastalığa odaklı dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir. 1945'te, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet ile istihdam alanındaki Sağlık Bakanlığı tekeli ortadan kaldırılmıştır (Özbay ve Diğerleri, 2007: 99).

Bu dönemde uluslararası kuruluşlar ile özellikle Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir. Ana ve çocuk sağlığı, tüberküloz savaşı gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesi için büyük ölçüde destek sağlanmıştır. Bu dönemde Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığına önemli önerilerde bulunmak üzere çağrılan yabancı uzmanlar tarafından çeşitli öneriler yapılmıştır. Bunlar arasında en önemlisi Dr. Olle'nin raporudur. Bu raporda söz edilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine gereken önem verilmemiştir(Fişek, 1991).

2.1.4.4. 1960 – 1980 Dönemi

Bu dönemden önceki uygulamalar sonucu sağlık sektöründe oluşan çok başlılık ve eşgüdümsüzlük sorunu, ihtilal hükümetinin sağlık hizmetlerine öncelik vermesi sonucunu doğurmuştur. Bu doğrultuda hazırlanan 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddeleri ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri asli ve anayasal bir devlet görevi haline getirilerek, bu olumsuz gelişmenin önü kesilmek istenmiştir. Anayasa'nın ilgili maddeleri doğrultusunda hazırlanan, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir.

1961 yılında zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un yürürlüğe girmesiyle, ülkede sağlık hizmetleri yeniden örgütlendi. Bu dönemin ya da Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri'nin temel ilkeleri eşit hizmet, öncelikli hizmet, katılımlı hizmet, ekip hizmeti ve denetlenen hizmet olarak sayılabilir (Öztürk, 1999: 40).

Nitekim Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un birinci maddesinde "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak amacıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir" diye bahsedilmiştir. Bu amaca ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan sağlık örgütünün kurulması öngörülmüştür (Fişek, 1999).

Sağlık ocakları sistemi de ilk kez 1963 yılında Muş'ta uygulanmış, 1979 yılında 45 ile 1982 yılında 53 ile yayılmıştır.

Sonraki yıllarda da gündemden düşmeyen Genel Sağlık Sigortası kavramına ilişkin tartışmalar da bu dönemde başlamıştır. G.S.S. Kanun Taslağı ilk olarak 1967'de hazırlanmış; fakat Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır. 1967'deki İkinci Beş Yıllık Planı ile Genel Sağlık Sigortası'nın oluşacağı beklentisi doğmuş, taslak kanun Türkiye Büyük

Millet Meclisi'ne sunulmuş fakat kabul edilmemiştir. 1974'te tekrar sunulmuş fakat bu kez de tartışılmamıştır (Özbay ve Diğerleri, 2007: 100).

2.1.4.5. 1980 – 2000 Dönemi

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir (Akdağ, 2011: 23). Nitekim 60. maddesi sosyal güvenlik hakkına değinmiş ve 56. maddesi de herkesin benden ve ruh sağlığı içinde hayatını sürdürmesi adına sağlık kuruluşların tek elden planlanıp hizmet vermeleri konusuna değinmiştir. Yine aynı maddede daha önce de gündemi olan ancak yasalaşmayan “Genel Sağlık Sigortası”nın kurulabileceğine dair bir hüküm de yer almıştır.

1980 sonrası yıllarda sağlık politikalarının geliştirilmesinde önemli değişiklikler görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin sunumunda bir takım sorunlar olduğu anlayışına dayanan köklü reform süreçleri düşünülmüş, bu süreç çerçevesinde mevcut sorunların çözümü amacıyla, dünyadaki gelişmelere paralel bir dizi çalışma başlatılmıştır. Başlatılan bu çalışmalar temel olarak iki grupta düşünülebilir. Birinci grup çalışmalar, iyi bir sağlık sistemine geçmek için mevcut olan sistemde gerekli değişikliklerin yapılması ve yeni sisteme geçişin kolaylaştırılması amacıyla sağlık projelerinin uygulanması, ikinci grup çalışmalar ise iyi bir sağlık sistemi tasarlanarak bu sistem için gerekli reformun yapılmasıdır. Bu bağlamda 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından Price Water House ve Ankon Danışmanlık Firmalarına Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü'nün yapılması ve Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası arasında sırasıyla Birinci Sağlık Projesi, İkinci Sağlık Projesi ve Temel Sağlık Hizmetleri Projesi ikraz anlaşmaları imzalanmıştır (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2007: 253).

1990'lı yıllardan sonra gelişmiş ülkelerde, örneğin demografik değişimler, hizmet sunum modellerindeki değişimler, imalat sektöründen daha çok hizmet sektöründe istihdamın genişlemesi, kamu yönetim birimlerinin yetkinleşmesi, hane halkı yapısının değişmesi gibi dahili faktörler yanında küreselleşme, rekabetin artması gibi uluslararası etkilere yanıt verebilmek için sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere birçok alanda yeniden yapılanma çalışmaları başlamıştır. Türkiye'deki sağlık reform deneyimleri de, verimliliği yükseltme ve maliyetleri düşürme şeklindeki bu uluslararası eğilime uygunluk göstermektedir.

17 Ekim tarih ve 20658 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak uygulama dönemine giren Birinci Sağlık Projesi çeşitli nedenlerle 1991 yılı sonlarında fiilen başlayabilmiş 1998 yılı sonlarında tamamlanmıştır. Bu proje sekiz ili (Diyarbakır, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat, Yozgat, Ankara ve İstanbul'un Pendik, Eyüp, Ümraniye ve Bakırköy ilçelerini) kapsamaktadır.

1992 ve 1993'te Birinci ve İkinci Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorisi çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılarak genel sağlık sigortasına geçişte ilk adımlar atılmıştır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Ulusal Sağlık Politikası"; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermekteydi (Akdağ, 2011: 24).

1994 yılında imzalanıp, aynı yıl Resmi Gazetede yayınlanarak uygulama dönemine giren ikinci Sağlık Projesinin başlangıçtaki anlaşmanın üzerinde, ilki 1999 yılı depremleri nedeniyle, diğeri 2001 yılında olmak üzere iki defa değişiklik yapılmıştır. Fiili olarak 1995 tarihinde başlatılan projenin ilk hali 2001'de, değişiklik yapılmış gerçek hali ise 2004 yılında sona ermiştir. İkinci Sağlık Projesi, başlangıç anlaşmasına göre 23 ili kapsamına karşın 1999 depremlerinden etkilenen Bolu, Düzce, Kocaeli, Sakarya ve Yalova illerine de destek sağlanmıştır.

17 Aralık 1997 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Temel Sağlık Hizmetleri Projesi'nin diğeri iki sağlık projesinden farkı Türkiye'de Aile Hekimliği sisteminin kurulmak istenmesidir (Kutbay, 2002: 35).

2.1.4.6. 2000'den Günümüze

2000'li yıllar sağlık politikalarında öncekine göre daha hızlı değişimler yaşanmıştır. Daha önce bahsedilen ikinci sağlık projesi çoğunlukla bu dönemde faaliyet halinde olmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın 1 Temmuz 2003 tarihinde başlattığı ve kamuoyuna duyurduğu "Sağlıkta Dönüşüm Programı", geçmişteki reform ve proje çalışmalarını değerlendirerek gelecekte geçirilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve bu

sisteme geçişi kolaylaştıracak gerekli değişiklikleri yapmayı planlamıştır (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2007: 268).

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet esaslarına dayanmaktaydı. Sekiz ana başlıkta toplanan SDP'nin bileşenleri, sektörü bütün boyutlarıyla kavramak üzere şekillendirilmiştir.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nda Toplam Kalite Yönetimi uygulanmaya başlamıştır. Yine aynı yıl "Performansa Dayalı Ödemeler" 10 Sağlık Bakanlığı hastanesinde uygulanmış ve ambulans hizmetleri ücretsiz yapılmaya başlamıştır.

2005 yılında Aile Hekimliği Uygulaması ilk olarak Düzcce ilinde uygulamaya konulmuş daha sonra 2006 yılında Edirne, Denizli, Adıyaman ve Gümüşhane illerinde uygulanmıştır. 2010 yılının sonunda bütün illerde Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmiştir.

Ülkemizde yıllardır hep söylenen ancak bir türlü hayata geçirilemeyen Genel Sağlık sigortası artık uygulama alanı bulmuştur. Sosyal güvencilerde norm ve standartlar birliğini sağlayarak, sistemi disiplin altına almayı amaçlayan bu reform üç aşamadan oluşmaktadır. Reformun birinci aşaması hale ülkemizde birbirinden farklı şekilde sigortacılık hizmeti sunan kurumlar olan, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK kaldırılarak; bu üç kurumun sunduğu hizmetleri tek başına sunacak bir yapı oluşturulmaktadır. Reformun ikinci aşamasında toplumun daha geniş kesimlerinin daha kapsamlı şekilde sağlık güvencesi altına alınması ve aynı şartlarda karşılaşan insanların hepsine devlet tarafından aynı sosyal güvencenin sağlanmasını temin amacıyla, norm ve standartlar birliği getirilmesi amaçlanmıştır. Reformun üçüncü aşamasını ise sosyal güvenlik sistemi ile bütünleşik bir yapıda sosyal yardımlara ilişkin temel ilkeleri, yapılacak sosyal yardımları, primsiz ödemeleri, bu yardım ve ödemelerden yararlanacak kişileri, yararlanma koşullarını belirlemek üzere Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanunu'nun çıkarılması oluşturulmaktadır. Yapılacak bu yasal düzenlemeyle sosyal yardımlara ilişkin ulusal ortak veri tabanının oluşturulması, bu alandaki kamu kaynağının etkin kullanılması ve objektif yararlanma ölçütlerine göre adil ve ulaşılabilir kılınması amaçlanmaktadır. Bu suretle adından da anlaşılacağı üzere Genel Sağlık

Sigortası ile ülkemizde bütün vatandaşlar, sosyal güvenlik çatısı altına alınmaya çalışılmaktadır (Pekten, 2006: 119-120).

2006 yılında 5502 sayılı kanunun (Sosyal Güvenlik Kurumlarının Entegrasyonu) uygulamasına başlanmıştır. Yine aynı yıl Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31.05.2006 tarih ve 5510 sayı ile TBMM’de kabul edilmiş olup 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı resmi gazetede yayınlanmıştır. Bu kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı herkesi tek bir çatı altında toplayan sağlık sigortası olması istenmiştir. Başlangıçta 01.01.2007 tarihinden itibaren yürürlüğe girmesi planlanan kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi’nce iptal edilmesi nedeniyle, kanun üzerinde gerekli değişikliklerin yapılması için 01.01.2008 tarihine bir erteleme yapılmıştır ancak bazı altyapı eksiklikleri nedeniyle tekrar 01.10.2010’a ertelenmiş, altyapı çalışmalarının yetişmemesinden dolayı bu tarihte isteğe bağlı olarak uygulanan Zorunlu Genel Sağlık Sigortası uygulaması 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren zorunlu olarak uygulamaya konulmuştur.

2.2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Sağlık mal ve hizmetleri, taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmak zorundadır. Sağlık hizmetinin bir takım özellikleri – taşıdığı dışsallık, belirsizlik altında seçim, asimetrik bilgilendirme, hastalık riskinin ve tüketim miktarının önceden belirlenememesi gibi -, bu hizmetlerin üretildiği sağlık hizmetleri piyasasına özgü koşullar ve farklı bir piyasa yapısı doğurmaktadır (Aktan ve Işık, 2007: 11).

Sağlık piyasaları iyi çalışan rekabetçi piyasaların standart koşullarını yerine getiremez. Bu özel piyasa aksaklıkları ve kamusal çarelerin temelinde, sağlık hizmetleri piyasasının daha genel aksaklıkları yatar. Rekabetçi piyasa teorisindeki piyasalara hiç benzemez biçimde, sağlık hizmetleri eksik (asimetrik) bilgi ve aksak rekabet özellikleri ile nitelenir. Yeniden hatırlamak istersek, standart piyasa teorisi şu çeşitli kritik varsayımlar yapar (Stiglitz, 1988: 353):

- a) Her biri kendi karını en çoğa çıkartmak isteyen çok sayıda satıcı vardır.
- b) Alınan ve satılan mal homojendir.

- c) Alıcılar iyi bilgilenmiştir. Bütün satıcıların sattığı malların fiyatlarını ve kalitelerini bilmektedir.
- d) Tüketiciler alıcılardır. Tükettiklerinin bütün maliyetini öderler.

Bu koşullar altında, eğer bir firma bir malı üretmenin daha iyi bir yolunu bulursa, fiyatını düşürür ve başka üreticilerden müşteri çalar. Üretim daima etkindir ve fiyatlar her zaman en etkin üreticilerin üretim maliyetlerini yansıtır.

Bu koşullar tatmin edilmezse, etkin olmayan üreticiler ayakta kalabilir ve fiyatlar üretim maliyetini aşabilir. Mesela bir tekelci varsa, marjinal gelirin marjinal maliyete eşit olduğu bir noktada fiyat koyar. Marjinal gelir fiyattan az olduğundan, tekelinin koyduğu bedel onun (marjinal) üretim maliyetlerini aşacaktır.

Mal heterojen olunca ve bireyler tam iyi bilgilendirilmemişse, o zaman birey için düşük fiyatın daha iyi alımın mı yoksa daha düşük kaliteli bir malın göstergesi mi olduğunu söylemek güçtür. Müşteriler fiyatlar konusunda bilgili değilse firmalar sınırlı bir müşteri kaybı pahasına fiyatlarını rekabet düzeyi üzerinde arttırabilirler. Tablo 2.1’de görüldüğü gibi, sağlık piyasalarında iyi işleyen bir rekabet piyasasının koşullarının hiç biri tatmin edilmemektedir.

Tablo 2.1. SAĞLIK PİYASALARI İLE STANDART REKABETÇİ PİYASALAR ARASINDAKİ FARKLAR

Standart Rekabetçi Piyasalar	Sağlık Piyasaları
Çok Satıcı	Sadece sınırlı sayıda hastane (Büyük kentler dışında)
Maksimum kar peşinde koşan firmalar	Çoğu hastane kar amacı gütmeyen
İyi bilgilenmiş alıcılar	Kötü bilgilenmiş alıcı
Tüketiciler malın bedelinin tamamını ödemeleri	Hastaneler maliyetlerin sadece bir bölümünü öderler.

Kaynak: (Stiglitz, 1988:353).

Yarı kamusal mallar, tüketimleri sonucu topluma yoğun dışsal fayda sağlarken kişilere de ayrıca özel fayda sağlayan mal ve hizmetlerdir. Özel ve tam kamusal mal ve hizmetlerin özelliklerini birlikte göstermesi nedeniyle, bu tür mal ve hizmetlere karma mallar da (mixed goods) denilmektedir. Gerçekten bu tür mal ve hizmetler bölünebilir ya da pazarlanabilir özellikleri nedeniyle özel mal ve hizmetlere benzerken; birlikte

tüketim olanağı vermesi ve yoğun dışsal ekonomiler yayması nedeniyle, tam kamusal mal niteliği de taşırlar (Şener,1996: 57).

Sağlık hizmetleri karma mal niteliklerine sahiptir. Bu nedenle rekabetçi piyasalarda etkin kaynak tahsisini önler. Sağlık hizmetlerini karma mal yapan özellikleri şöyle sıralayabiliriz: Dışsallıklar, toplumsal mallar, tekeller, erdemli istekler ve talepte belirsizlik ve belirsizlik altında seçim yapma olgusu. Bu özellikler aynı zamanda devlet faaliyetlerinin gerekçesi olan piyasa aksaklıklarını oluşturmaktadırlar (Stiglitz, 1988: 88).

2.2.1. Kamusallık Özelliği

Sağlık hizmeti, ulusal (yerel) düzeyde özel faydaları olan, tüketiminde rekabet olması ve hariç tutulabilme özellikleri nedeniyle de piyasada (da) üretilen bir hizmettir (Mutlu, 2006: 58).

Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mal olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür mallar, tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlarlar. Bu tür mal ve hizmetler bölünebilme ve pazarlanabilme özelliğine sahiptir. Ayrıca bedelini ödemeyenler için hizmetin (özel) faydasından dışlanması da söz konusudur. Bu mallar bölünebilme ve pazarlanabilme özellikleri nedeniyle özel mala benzetilirken, bazen birlikte tüketim olanağı vermesi ve sosyal fayda yaymaları nedeniyle tam kamusal nitelik de taşırlar.

Ancak tüm sağlık hizmetleri aynı özellikleri göstermezler; örneğin, doğrudan hastalarla ilgili olmayan önleyici veya koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mallar içinde yer alır; çünkü bu mal ve hizmetler, toplumun tamamına sunulur. Ödeme yapmayanlar bu hizmetten dışlanamaz. Faydası bulunmadığı için de fiyatlanamaz ve pazarlanamaz. Bu tür hizmetlerde kamu kesimi üretici olmak zorundadır. Sağlık piyasaları içerisinde üretimi yapılan mal ve hizmetlerin bir bölümü saf kamusal mal niteliği taşıırken (koruyucu ve önleyici hizmetler), bir bölümü yarı kamusal mal niteliği taşırlar (tedavi edici hizmetler) (Mutlu ve Işık, 2005: 47).

2.2.2. Dışsallıklar

Genel olarak dışsallıklar, bir ekonomik birim veya birimler üzerinde dolaylı olarak görülen olumlu veya olumsuz etkileri ifade etmekte olup, bir üretim veya tüketim

faaliyetine bağılı olarak diğer üretim veya tüketim faaliyetleri üzerinde ortaya çıkmaktadır (Akdoğan, 2007: 53). Kısacası bir mal veya hizmete para ödeyen kişinin dışındakilerin bu mal veya hizmetten bir bedel ödemededen yararlanmaması veya yararlanmadığı halde bir bedel ödememesi gerekir. Buna göre dışsallıklar, belirli bir birey veya bir grubun aralarında herhangi bir anlaşma ya da ticari ilişki olmaksızın gayri iradi olarak, bir başka birey ya da bireyler grubunun herhangi bir eyleminden dolayı bir fayda (dışsal fayda /dışsal ekonomiler) ya da maliyetle (dışsal maliyet/dışsal zarar) karşılaşmalarıdır (Yıldırım, 1999: 6).

Sağlık hizmetleri, değerlendirilmiş mal (merit goods) ve hizmetlerdir. Değerlendirilmiş hizmetleri, üretim ya da tüketimlerinden dış fayda doğan hizmetler olarak ifade edebiliriz. Bu mal ve hizmetlerin, marjinal toplumsal faydası, marjinal özel faydasından büyük olduğu için, piyasa ekonomisi tarafından yeterince üretilemez. Bu tür mal ve hizmetleri üretmek veya üreticilere mali yardımda bulunarak fiyatın düşmesini sağlamak, kamu ekonomisinin görevidir. Çünkü, piyasa, elindeki verilere göre optimum kaynak ayıramaz (Batirel, 1990: 62).

Sağlık hizmetleri hem yerel düzeyde hem de sınır ötesi etkileri olan iki önemli dışsallığı, sağlık malına uluslararası kamusal mal niteliği kazandırır. Bunlardan birincisi, bulaşıcı hastalıkların küresel nitelik taşımasıdır; başka insanları ve ülkeleri etkisi altına alan bir “public bad” olarak tehlikelidir. İkinci dışsallık ise, bir kişiyi ya da ülkeyi (ve hatta son kuş gribinde olduğu gibi hayvanları da) bulaşıcı hastalıklardan koruyarak yaratılan dışsal faydalar diğer insan ve ülkeler için de riskin azalmasını sağlar (Mutlu, 2006: 58).

Sağlık hizmetleri alanında bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik elde edilen başarılar ve çabalar dışsallık örneklerinden birisidir. Bireyler çocuk felci, grip gibi bulaşıcı hastalığa yakalandıkları zaman sadece kendileri için tehlike yaratmakla kalmazlar, aynı zamanda akrabaları, aileleri, arkadaşları, komşuları ve ilişkide buldukları herkes için hastalık riskini yükseltirler. Bireylerin bu hastalıklardan korunması için önlemler alındığı takdirde sadece kendileri bir fayda elde etmekle kalmaz, aynı zamanda etrafındakilere ve yukarıda açıklanan kişi ve gruplara da fayda sağlarlar. Örneğin, bir bireyin yaptırdığı bir grip aşısı özel fayda sağlar. Bireyin aldığı bir grip aşısının maliyetleri (para, zaman, acı maliyetleri ile vücudun direncinin düşmesi gibi) ile özel faydaları (grip riskinin azalmasından doğan fayda) karşılanmadığında ilk

bakışta sosyal açıdan bu maliyetin daha fazla olduğu ileri sürülebilir. Ancak gerçekte durum tersinedir (Mutlu ve Işık, 2005: 50).

2.2.3. Erdemli Mal Olma Özelliği

Yararlı mallar; yani merit mallar, tüketimleri sonucu dışsal fayda sağlayan mal ve hizmetlerdir. Daha önce dışsallıklar başlığı altında anlatıldığı gibi bazı mal ve hizmetler piyasa ekonomisi tarafından üretilemezler. Bu tür mal ve hizmetler kamu ekonomisinin alanına girmektedir. Yani kamu ekonomisi tarafından üretilmesi zorunludur.

Erdemli mal ve özelliklere örnek olarak, konut olanaklarının sağlanması ve artırılması, kamu sağlık tesisleri ve sağlık hizmetleri, tarımsal yardımlar, düşkünlere, gözleri görmeyenlere, yaşlılara, kimsesizlere devlet tarafından yardımcı olunması gösterilebilir. (Akdoğan, 2007: 50).

2.2.4. Devlet Müdahaleleri

Kamu harcamalarının en uygun ölçeği ve dengesi konusundaki tartışmalar kamusal müdahale gerekçesiyle başlamaktadır. Bu konuda beş grup argümanın varlığından söz edilebilir. Bir kısmı piyasa başarısızlığı (refah iktisadının standart koşullarından uzaklaşmak anlamında) ile ilişkilendirilen bu argümanların analizi, kamusal faaliyetlerin karşı karşıya bulunduğu problemler ya da potansiyel hükümet başarısızlıkları ile birlikte yapılabilir.

Kamusal müdahale nedenleri şöyle sıralanabilir:

- i) Piyasa Başarısızlıkları (dışsallıklar, sosyal mallar, aksak rekabet piyasaları, eksik bilgi, artan getiriler, piyasaya giriş engelleri)
- ii) Yoksulluk ve gelir dağılımı bozuklukları
- iii) Fırsat eşitliğinin yokluğu
- iv) Paternalizm: Bireylerin çıkarlarını bireylerden çok devletin düşünmesi (zorunlu sağlık, zorunlu eğitim, belli uyuşturucuların kullanımının kısıtlanması ve zorunlu emeklilik planları gibi).
- v) Gelecek kuşaklar: Kendi çıkarlarının peşinde olan kuşaklar, gelecek kuşakların refahını ve haklarını ilgilendiren kararlar almayabilirler (küresel ısınma, hava ve su kirliliği, yağmur ormanlarının korunması).

Bu argümanların hepsinde kamusal müdahale gerekçeleri çok açık ve somuttur. Bunlar doğrudan altyapı, sosyal güvenlik, eğitim, sağlık, sosyal sigorta, çevre, ekonomiyi rekabette tutma gibi somut ihtiyaçlara yapılacak kamusal müdahalelere dikkat çekerler (Burgess and Stern, 1993: 4).

Sağlık hizmetlerinin kamusal ve dışsal özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir. Bu da devlet müdahalesini gerekli kılmaktadır.

1960'lı yıllardan sonra etkisini gösteren politik iktisat bilim insanlarından Tullock ve Buchanan'ın yaptığı çalışmalarda devletin ekonomiye müdahalesi konusunda, objektif bir kamu yararı kavramının olamayacağı ve devletin ekonomik faaliyetlerinin serveti yeniden dağıtma etkisinin oldukça büyük ve çoğu zaman bu etkinin rant kollama davranışları tarafından yönlendirildiği düşüncesi işlenmiştir. Özellikle sağlık gibi devletin müdahalesinin gerektiği sektörlerde, hükümet tavırlarının toplum sağlığı açısından büyük önem arz ettikleri açıktır. Ancak genel olarak kabul edilen düşünce piyasa ve piyasa dışı iktisadi organizasyonlar arasında yapılan seçim; mükemmel olmayan iki alternatif arasında yapılan bir seçim olmasıdır (Wolf, 1993:182).

2.2.5. Belirsizlik Altında Seçim

Sağlık hizmetlerine konu olacak olaylar tesadüfi meydana gelmektedir. Bir kolun kırılması ya da apandisit ameliyatı, otomobil kazası ya da kalp krizi gibi... Belirsizlik kavramı sağlık hizmetlerinde tüketici olarak hasta ve hastalıkla başlar, kesinlikle nerede ve ne şekilde biteceği belli olmaz. Sağlık üretim birimleri de aynı şekilde ve ölçüde belirsizlikle karşı karşıyadırlar ve bireysel olarak bunu tanımlamakta zorlanırlar (Mutlu ve Işık,2005: 54).

2.2.6. Asimetrik Bilgilenme

Simetri kavram olarak iki obje arasında çerçeve, güç ve ölçü açısından bir benzerliği ve eşit olmayı ifade eder. Bu iki obje ekonomik bir değişim işlemi yaptıklarında iki taraftan biri, bir diğerine göre göreceli olarak bu işlem veya alışverişle ilgili olarak daha fazla bilgi sahibi ise bu durumda ikisi arasındaki bilgiye sahip olma dengesizliği nedeniyle asimetrik bilgi ortaya çıkar. Bu ilişki sağlık üretici ve tüketicileri

arasında gerçekleşiyorsa, asimetrik bilgilenme esas olarak tüketici (hasta) aleyhinedir (Mutlu ve Işık, 2005: 56).

Tüketicinin bir araba ya da TV aldığı zaman oldukça iyi bilgilenmiş olduğu konusunda bir varsayım varken (bilgiyi hemen elde edebileceği bir sürü kaynak varken), bireyler bir doktora gittiklerinde satın aldıkları büyük ölçüde doktorun bilgi ve görüşüdür. Hasta hangi ilacın gerektiği, bir operasyonun iyi olup olmayacağı vb. konularda doktorun kararına güvenmek zorundadır. Çeşitli doktorları karşılaştırmak ve değerlemek çeşitli türdeki TV satıcılarını değerlemekten daha güçtür (Stiglitz, 1988:354).

2.2.7. Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi

Sağlık hizmetleri için bireysel talebe ilişkin belirtilen en önemli özellik, düzensizlik ve öngörülemezliktir (Arrow,1963: 949). Sağlık talebinin ne zaman ortaya çıkacağını tahmin etmek oldukça zordur. Talebin beklenmedik zamanda ortaya çıkması, sağlık hizmetlerinin en temel özelliklerinden birisidir (Yiğit Şakar, 1999: 15). Hâlbuki ekonominin diğer sektörlerinde belli bir hizmete ihtiyaç duyulduğunda bu hizmetin satın alınma bilirliliğinin yanında, tüketiciler bu hizmeti niçin aldıklarını ve niçin tüketceklerini bilerek satın alırlar ve bütçelerini ona göre düzenlerler. Sağlık piyasalarında doğum vb. gibi önceden bilinen durumlar dışında çoğunlukla hastalıkların ve risklerinin ne olduğunun önceden belirlenmesi mümkün değildir.

Sağlık hizmetlerinde belirsizlik durumu hem sağlık hizmetleri talebi hem de sağlık hizmetleri arzı için geçerlidir. Talebin belirsiz olması demek, kişilerin belirli bir gelecekte sağlık statüsünü bilmemeleri ve ne tür sağlık hizmetine ihtiyacı olacağını kestirememeleri anlamına gelmektedir. Bu özelliği itibarı ile sağlık hizmetleri talebi düzensizdir (Çelik, 2011:57). Bu nedenle, sağlık sigortası kuruluşları, önceden saptanmış kriterlere göre kişilerin mevcut sağlık durumlarını tespit ederek tahmini bir düzeyde sigorta primlerini saptamaktadır (Uz, 1998: 73).

Sağlık hizmetlerindeki belirsizlik sorunu, piyasada sağlık sigortası sistemiyle çözülmeye çalışılmıştır. Bu sistem bilindiği gibi tüketicilerin ilerde yaşayabileceği sağlık sorunlarının belirsizliğine bir güvence niteliğindedir.

2.3. SAĞLIK EKONOMİSİ

1960'lı yıllardan bu yana otonom bir disiplin olarak ortaya çıkan sağlık ekonomisi, genel iktisat bilimi kurallarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla ortaya çıkan uygulamalı bir alt daldır. İktisadi olarak sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en ekonomik (verimli, etkili, rasyonel) kullanılarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi şekilde bölüştürmek olarak tanımlanabilir. Kısaca sağlık ekonomisi eldeki kısıtlı kaynakların sağlık alanında en verimli şekilde kullanılması için yapılan çalışmalar olarak özetlenebilir (Buharalı, 2008: 2).

Bu tanım yakından incelendiğinde sağlık ekonomisinin en temel amaçlarının (Çelik, 2011: 51):

1. Toplumun ihtiyacı olan *hangi* sağlık hizmeti ve *ne miktarda* üretilmelidir?
2. Bu hizmetler *kim tarafından* ve *nasıl* (hangi kurumlar ve teknolojik yöntemlerle) üretilmelidir?
3. *Kim için* (toplumu oluşturan çeşitli sosyal gruplar ve kişiler bu hizmetlerden hangi ölçüde ve nasıl yararlanacak) üretilmelidir?

Sorularını en iyi şekilde yanıtlamak olduğu görülecektir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda bazı farklı yaklaşımlar vardır. Devletin sosyal devlet olma özelliğinden dolayı sağlık hizmetlerinin de bir sosyal hizmet olduğu ve ekonomik kuralların bu hizmetler için uygulanamayacağı görüşünün yanında; sağlık hizmetlerinin sunumunda etik değerlerin göz önünde tutulmadığı ve ekonomik kuralların sağlık hizmetlerinin sunumunda da uygulanabileceği görüşü vardır. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların kıtlığı, sağlık sektöründe de üretim ve dağıtımın olduğu ve fiyatların sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli bir faktör olduğunu düşünen bu ikinci görüş, aynı zamanda günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda uygulama alanı bulan görüşür.

2.3.1. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

Yukarıda da değinildiği gibi sağlık ekonomisi 1960'lı yıllarda iktisadın bir alt dalı olduğunu söyleyebiliriz; hatta ekonominin bir alt disiplini olması konusunda geciktiği bile söylenebilir.

Büyük sanayi devrimini gerçekleştiren Batı Avrupa ülkeleri, değişen toplum yapısının gereği olarak “laik eğitim” ve “sosyal güvenlik” kurumlarının yaygınlaşmasına da öncülük etmişlerdir. Ancak 1960’lı yıllara kadar bu öncü ülkelerde, toplumsal refah dolayısıyla büyüme hızını arttırmak için fiziki yatırımlar yanında, doğrudan insana yapılacak yatırımların önemi ve etkinliği ihmal edilmiştir. Bütün maddi araçların üretim ve dağıtımında temel amaç, bireyin dolayısıyla toplumun refahını arttırmak ise, öncelikle insanların sağlıklı, eğitilmiş ve yeterli beslenme olanaklarına sahip olmaları gerektiği hususu ancak 1980’li yıllarda açıklığa kavuşmuştur (Tokgöz,1987: 12).

Bireylerin ve toplumun tamamını etkileyen sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, belirtilen dönemden sonra gittikçe artmaya başlamıştır. Kişilerin sağlığı ile toplumun sağlığı ve refahı arasındaki yakın ilişkinin önemi, özellikle gelişmiş Batılı ülkelerde bu alanda yapılan harcamalarda artış eğilimi göstermesini sağlamıştır. Sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranının giderek artış eğilimi göstermesi bu alanın ayrı bir disiplin olması ihtiyacını doğurmuştur. Nitekim 1960’lı yıllardan günümüze Sağlık Ekonomisi, iktisat ilminin bir alt disiplini halinde karşımıza çıkmaktadır.

2.3.2. Sağlık Piyasaları ve Özellikleri

Sağlık piyasaları, birçoğu sağlık hizmetlerinin niteliklerinden kaynaklanan özelliklere sahiptir (Mutlu ve Işık, 2005: 59) ve sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran bir takım özellikler söz konusudur. Bu özelliklerden bazıları, ekonomik kuralların bazılarının sağlık sektörü için geçerli olmayabileceğini anlatmakta kullanılmaktadır (Çelik, 2011: 57). Satıcıların azlığı, piyasaya giriş sınırlamaları, sağlıkta arz ve talep arasındaki dengesizlik, bilgi maliyetleri, monopolleşme ve satıcılar arasında anlaşma konuları sağlık piyasalarının özelliklerini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasasının yapısı, iyi işleyen rekabete dayalı piyasa yapılarından oldukça farklıdır. Diğer deyişle, sağlık hizmetleri piyasası standart piyasa koşullarını yerine getirmekten uzaktır. Sağlık hizmetleri piyasasının yapısından kaynaklanan ve genel olarak “piyasa aksaklıkları” olarak bilinenlerden farklı özellikler taşımaktadır. Sağlık hizmetleri piyasası yapısı gereği “aksak rekabet” ve “eksik bilgi” özelliğini taşır (Altay, 2007: 37).

2.3.2.1. Satıcıların Azlığı

Sağlık piyasalarında üretimde yer alan unsurlar, diğer piyasalarla kıyaslandığında sayısal olarak az kalmaktadır. Tam rekabet piyasasında çok sayıda alıcı ve çok sayıda satıcının olduğu belirtilir, ancak sağlıkta bu mevcut değildir.

Sağlık hizmetleri piyasası niteliği gereği eksik rekabet koşullarına sahiptir. Talebinin çok olmasına karşın; arz yönünde sınırlı sayıda hizmet sunan sağlık kuruluşlarının hâkimiyeti vardır.

Çoğu zaman halkın tamamının ayağına sağlık hizmetlerinin götürülmesi fiziki şartlar gereği mümkün olamamaktadır. Gelişmiş ülkelerde dahi, “çoğu kasabada, hatta orta büyüklükte şehirlerde bile sağlık piyasası her branştan yeterli sayıda uzmanın faaliyet gösterdiği bir rekabet ortamında yol açmayacak kadar küçüktür.

2.3.2.2. Piyasaya Giriş Sınırlamaları

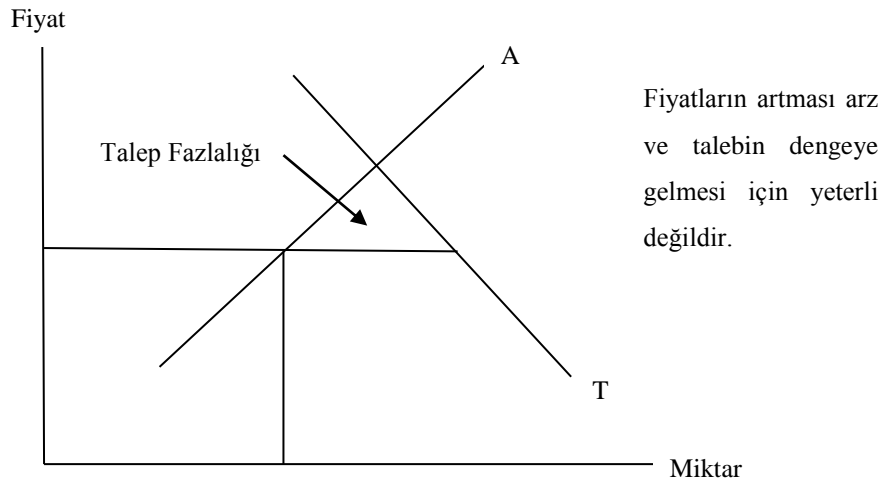
Sağlık hizmetlerinin sunulmasının uzmanlık gerektirmesi sebebiyle yetkili kuruluşlar tarafından piyasaya girişte sınırlandırmalar getirilmektedir. Bu sınırlamalar ilgili bakanlıklar ve bağlı kuruluşlar tarafından konulabileceği gibi, meslek örgütleri benzeri kurumlar tarafından da konulabilmektedir. Esasen bu sınırlamaların temel sebebi ikamesi olmayan, fiyatlandırılmayan, alıcılar adına bilgi asimetrisinin bulunduğu sağlık hizmetlerinin denetim ve kontrol altında yürütülmesini sağlamaktır (Çoban, 2009: 19). Yukarıda belirtildiği gibi aksak bilgi yanında, sağlık hizmetleri piyasalarında tam rekabet değil, “eksik rekabet” geçerlidir. Çünkü tıp mesleğinin ve daha genel olarak tıp alanının kendinden kaynaklanan sınırlılıkları söz konusudur. Piyasadaki gibi büyük reklam kampanyaları, fiyata dayalı rekabet, müşteri çalma faaliyetleri bu alanda çok mümkün değildir.

Sağlık piyasalarında zaten diğer piyasalardan farklı olarak hizmet arz edenlerin sayısı piyasanın niteliği gereği kısıtlı iken, mesleğinin icra edilebilmesi belli bir bilgi birikimini gerektirdiği için ayrıca “zorunlu lisans” istenmektedir. Muhtemelen, sağlık piyasasına girecek olan doktorlardan zorunlu olarak doktorluk yapabileceklerine dair bir lisans ya da sertifika istenmesi sağlık piyasasında tam rekabet şartları oluşmasını önleyen en açık ve keskin engeldir (Kurtulmuş, 1996: 36).

2.3.2.3. Arz ve Talep Arasındaki Dengesizlik (Market Disequilibrium)

Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayin edemezler. Arz yönünden yukarıda belirtilen bazı kısıtlamalar vardır. Sağlık piyasasına girebilmek için kamu otoritelerinin denetimine ve bazı şartların yerine getirilmesi gereklidir. Sağlık piyasasının monopolistik özelliğine karşı talep açısından bir güçsüzlük söz konusudur. Tüketiciler, ihtiyaçlarını kendi şartlarına en uygun sağlık kurumlarından karşılar.

Sağlık piyasalarının bir diğer özelliği fiyatların denge noktalarına ulaşmadaki başarısızlığıdır. Bilindiği gibi denge noktasında talep edilen miktarla arz edilen miktar eşit düzeyde ve noktadadır. Sağlık piyasalarında arz ve talep arasındaki dengesizlik talep veya arzın genişlemesi nedeniyle ortaya çıkan dengesizlik olarak tanımlanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 62).



Şekil 2.4. Arz ve Talep Arasında Dengesizlik (Mutlu ve Işık, 2005:63).

Sağlık piyasalarında arz yönünden ilaç firmalarının, sağlık kuruluşlarının ya da sağlık personelinin piyasada oluşturdukları örgütlü davranışlara karşılık, piyasalara girişleri tamamen ferdi olan tüketicilerin fiyat ve hizmetin kalitesi açısından bir talep baskısı oluşturmaları mümkün olamamaktadır. Bu da, sağlık piyasasında arz ve talep arasında büyük eşitsizlikleri ortaya çıkarmaktadır (Kurtuluş, 1996: 32).

2.3.2.4. Bilgi Maliyetleri

Optimum karar alma mekanizmasının gerçekleşmesi ancak tam rekabet şartlarında mümkün olabilmektedir. Tam rekabet şartları altında bir birey, bütçe kısıtları ile ihtiyaçlarını ortak bir noktada buluşturmak için çeşitli mal ve hizmetler arasında karşılaştırmaları yapabilir ve kendisi için en iyi kalite ve miktarda mal ve hizmeti talep edebilir (Penner, 2003: 22).

2.3.2.5. Monopolleşme

Monopol, ikamesi güç malın üretim ya da satışının bir tek firma tarafından yapılmasıdır. Başka bir ifadeyle, ikame olanakları sınırlı olan bir malın arzının tek firmanın kontrolü altında olması diye tanımlayabiliriz (Dinler, 1998: 271).

Bir firmanın piyasadaki tüm arzı kontrol etme gücü çeşitli nedenlerden kaynaklanmaktadır. Bunlar (Dinler,1998: 272):

- Doğal Nedenler: Bazen bir firma, hammaddenin ülkedeki tüm rezervlerine sahip olabilir. Bu maddenin, tüm üretim ve satışını elinde bulunduran firma, monopol gücüne sahiptir.
- Akdi Nedenler: Bir endüstride, aynı malı üreten firmalar, bazen aralarındaki rekabeti ortadan kaldırmak için ortak hareket etmeye yönelirler. Kartel ve Tröst olmak üzere iki şekilde oluşur.
- Fiili Nedenler: Üretim tesis ölçeği büyüdükçe parça başına maliyetin düştüğü ya da üretim tesis ölçeğinin çok büyük olduğu endüstrilerde zamanla tek firma tüm piyasaya egemen olarak monopolleşir. Buna ölçek ekonomileri de denilmektedir.
- Yasal Nedenler: Bazen yasalar ikamesi güç bir malın tek üretici ve satıcı olma hakkını bir firmaya verebilir. Devlete gelir sağlamak için bazı malların üretiminin bir tek firmaya verilmesiyle oluşan mali amaçlı yasal monopoller. Örneğin Bazı içki ve sigara satış hakkının verildiği Tekel Genel Müdürlüğü gibi. Sosyal amaçlı bazı hizmetlerin en iyi şekilde karşılanabilmesi için Devlet Demir Yolları gibi kuruluşlara işletme hakkını veren sosyal amaçlı yasal monopoller ve

yeni buluşların özendirilmesi ve haksız rekabeti önlemek amacıyla, buluş yapan kişi ya da firmalara patent verilmesiyle oluşan hukuki amaçlı yasal monopoller şeklinde oluşur.

Sağlık piyasalarına genel olarak bakıldığında monopol bir piyasanın bazı özelliklerini rahatlıkla görmek mümkündür. Devletin düzenleyici ve müdahaleci tavırları, az sayıdaki hastaneler üzerinde yoğunlaşması, ölçek ekonomilerinin geçerli olması yasal düzenlemeler ve ücret düzenlemeleri bu konuya örnek gösterilebilir (Mutlu ve Işık, 2005: 67).

2.3.2.6. Satıcılar Arasında Anlaşma

Sağlık piyasaları içinde üretim görevini yerine getiren satıcılar arasında anlaşma koşulları da ortaya çıkabilmektedir. Aynı piyasada sağlık hizmetlerini sunan satıcıların böylesine tekeli bir yaklaşımı tüketici toplum için dezavantajlar yaratabilmektedir.

Kar amacı gütmeyen kuruluşlarca yapılmasında bir sakınca olmamasının yanında daha çok kamu yararı gözetilmiş olacaktır. Kamu kesiminin müdahalesiyle de sağlık piyasalarında tüketici lehine bir düzen oluşturulabilir.

Sağlık piyasalarının bir yarı kamusal mal ve hizmet özelliği taşıdığını, dışsallıklarının olduğunu ve bireyin bu hizmeti tüketmesiyle bir toplumun etkilenmesinin söz konusu olduğundan daha önce söz edilmişti. Bu özellikleri ve yukarıda açıklanan sebeplerle ekonomide ayrı bir çalışma alanı bulmuş ve “Sağlık Ekonomisi” diye bir alt disiplin olma özelliği kazanmıştır.

2.3.3. Sağlık Hizmetleri Talebi

Herhangi bir malın talebinden söz edildiğinde, “belirli bir piyasada, belirli bir dönemde, söz konusu malın fiyatı dışındaki faktörler sabitken, çeşitli fiyatlardan o maldan ne miktarlarda satın alınmak istendiği” ifade edilmektedir (Dinler, 1998: 77).

Her iktisadi sistem, hangi malların, hangi miktarlarda, nasıl ve ne şekilde ve kimler için üretileceği sorularına kendi mantığı doğrultusunda cevap bulmak zorundadır. Bilindiği gibi serbest rekabet ortamında piyasaya sürülecek mal ve hizmetlerin miktarını belirleyen fiyat, arz ve talep dengesine göre teşekkül eder (Kurtulmuş, 1996: 114). Talep ise, malın fiyatına, tüketicinin parasal gelirine, ikame ve

tamamlayıcı malların fiyatına, tüketicinin zevk ve tercihine, tüketicinin fiyat ve gelir düzeyine ilişkin beklentilerine ve alıcıların sayısına bağlı olarak değişmektedir. Sağlık hizmetlerine olan talep ise, sağlık hizmetlerinin yapısı gereği ekonomik literatürdeki talebe göre farklılık göstermektedir.

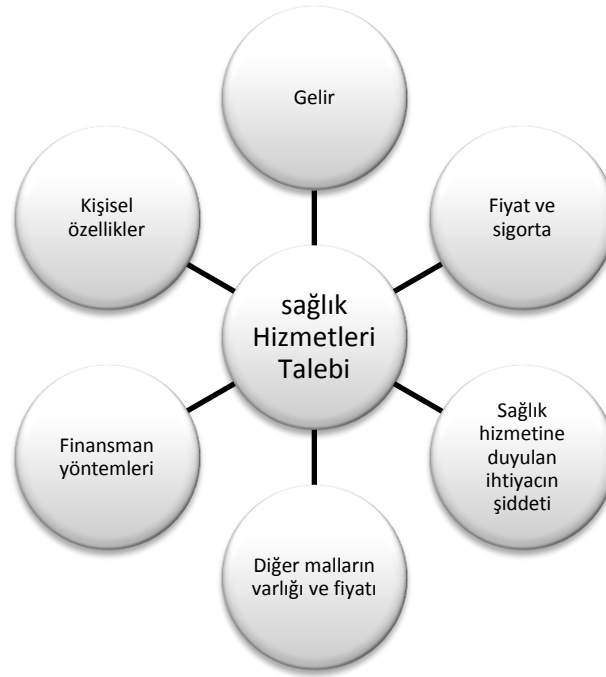
Bilindiği üzere kapitalist sistemde iktisat tanımlanırken, sınırsız ihtiyaçların sınırlı kaynaklarla karşılanmasından bahsedilir. Ancak toplumun bütün ihtiyaçları ekonomide direkt talep olarak algılanmamaktadır. Hiç kimse kalp ameliyatı, kemoterapi ya da x-ray satın almaz, ekonomistler sağlık hizmetleri talebinin bir türev talep olduğu ya da türetilmiş bir talep olduğu görüşündedirler (Getzen, 2007: 37) ve eğer insanlar bu ihtiyaçlarını dile getirmişlerse ve bu isteklerini de satın alma gücüyle destekliyorsa bu durumda talepten söz etmek mümkündür (Çelik, 2011: 99). Örneğin, çürük dişinden dolayı acı çeken bir kimse bu durumu kabullenip acıya katlanıyorsa ve herhangi bir tedavi almıyorsa bir sağlık ihtiyacının varlığı söz konusudur, ancak bu ihtiyaç talebe dönüşmemiştir (Mutlu ve Işık, 2005: 73).

2.3.3.1. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler

Herhangi bir mal veya hizmetten talep edilen miktar ile bu miktarı belirleyen faktörler arasındaki ilişkiyi gösteren fonksiyona talep fonksiyonu denir. Herhangi bir mal veya hizmete olan talep, sadece ilgili mal veya hizmetlerin fiyatından (ilgili mal veya hizmetin ikamesi veya tamamlayıcısı konumunda olan diğer mal veya hizmetler), sağlık sisteminin finansmanı, tüketicinin geliri ve tüketicinin tercihi gibi diğer önemli faktörlerden de etkilenmektedir (Çelik, 2011: 99, Kurtulmuş, 1996: 114).

Genellikle “talep arttı ya da talep azaldı” ifadesiyle “talep edilen miktar arttı ya da azaldı” ifadeleri karıştırılır ve birbirleriyle gelişigüzel kullanılır. Oysa bu iki ifadeyi birbirine karıştırmamak gerekir. “Talep arttı ya da azaldı” denildiğinde, talep kaymasından söz edilirken; “talep edilen miktar arttı ya da azaldı” denildiğinde de, talep eğrisi üzerindeki hareket kastedilmektedir (Dinler, 1998: 80).

Sağlık hizmetleri talebi ve talep esnekliğini etkileyen faktörleri, gelir, fiyat ve sigorta, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın şiddeti, diğer malların varlığı ve fiyatı, finansman yöntemleri ve kişisel özellikler diye sınıflandırılmıştır. Bunlar aşağıda ayrıca açıklanacaktır.



Şekil 2.5. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler

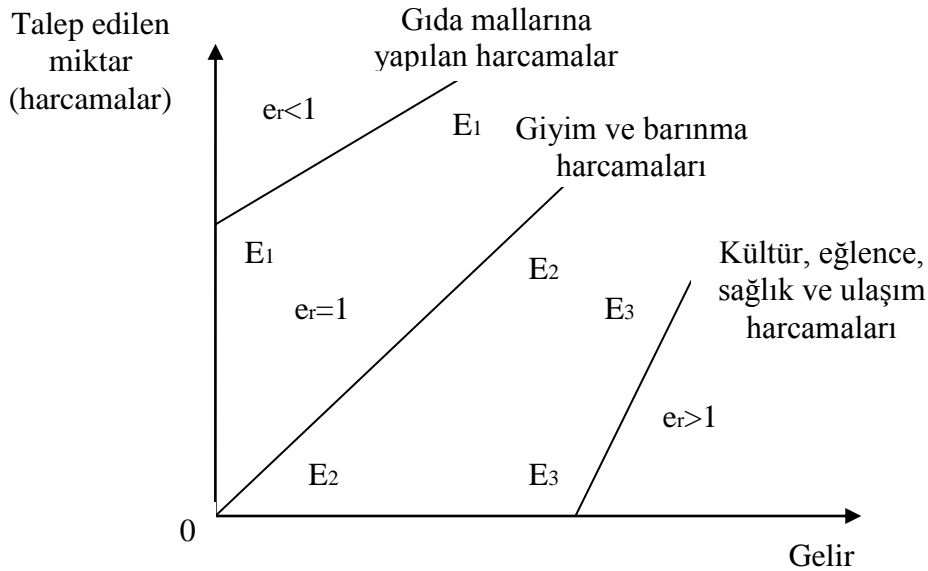
2.3.3.1.1. Tüketici Geliri ve Gelir Esnekliği

Sağlık mal ve hizmetlerine talebi tayin eden en önemli faktörlerden birisi gelir seviyesidir. Gelir artışına paralel olarak sağlık hizmetlerine olan talebin de artması beklenmektedir. Nitekim Alman iktisatçı ve istatistikçisi Ernest Engel, Belçika’da aile bütçeleri üzerine yaptığı çalışmalarda, geliri artan ailelerin, artan gelirlerini hangi mallara yönettiklerini araştırmış ve sonuçları kendi adıyla anılan Engel eğrileri yardımıyla açıklamıştır.

Engel, tüketicilerin talep ettikleri malları üç ana gruba (gıda malları, giyim - barınma, kültür – eğlence – hijyen – sağlık – ulaşım) ayırıp gelir artışı halinde söz konusu mallara yapılan harcamalardaki değişimleri inceleyerek, şu sonuçları elde etmiştir (Dinler, 1998: 99):

- Gıda mallarına yapılan harcamalar; tüketicinin gelirindeki artıştan daha küçük oranda artmaktadır (Şekil 2.4’te E_1E_1 eğrisi).
- Giyim ve barınma harcamaları, tüketicilerin gelirleriyle aynı oranlarda artmaktadır (Şekil 2.4’te E_2E_2 eğrisi).

- Kültür, eğence, hijyen, ulaşım ve sağlık harcamaları gelirdeki artıştan daha büyük oranlarda artmaktadır (Şekil 2.4'te E_3E_3 eğrisi).



Şekil 2.6. Engel Eğrileri (Parasız, 1994: 95).

Görüldüğü gibi gelir değişmeleri halinde, her mal ve hizmet grubuna yapılan harcamaların seyri, başka bir deyişle her mal ve hizmet grubundan satın alınmak istenen miktarlar farklı olmaktadır. Fiyat dahil diğer etmenler sabitken, tüketicinin gelirindeki değişmelere talep edilen mal miktarının verdiği tepkinin Şiddeti talebin gelir esnekliğidir (Parasız, 1994: 94). Talebin gelir esnekliğini Şöyle ifade edilmektedir:

$$\text{Talebin gelir esnekliği} = \frac{\text{Talep edilen miktardaki yüzde değişme}}{\text{Gelirdeki yüzde değişme}}$$

Burada herhangi bir malın t keticildiği miktardaki % değişme, gelirdeki % değişmeye oranlanmaktadır. Eğer gelir arttığında herhangi bir malın t keticim miktarı da artıyorsa o malın veya hizmetin gelir esnekliği yüksektir.

1992 yılında yapılan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması da gelir seviyeleri ile sağlık hizmetlerine olan talep arasında bir ilişkiyi ortaya koymaktadır. Bu araştırmaya göre, yıllık toplam 50 milyon liradan daha fazla geliri olanlar, 1,5 milyon

liradan daha az geliri olan kişilerden %50 daha fazla doktora gittikleri belirlenmiştir (Kurtulmuş, 1996:117). Burada üzerinde durulması gereken başka bir husus daha vardır. Örneğin durduk yerde insanlar gelirleri arttı diye, hastane hizmetlerini kullanıp ameliyat olmak istemezler. Ama ertelenmiş ve kişisel sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik estetik ameliyatlara gibi bazı sağlık hizmetlerinin kullanımı artabilir (Çelik, 2011: 122).

Sağlık hizmetleri, içinde oldukça büyük bir ihtiyari alan barındırmaktadır. Amerika'da yapılan Ampirik çalışmalar gösteriyor ki, yüzde 10'luk bir gelir artışını aynı şekilde yüzde 10'luk bir sağlık hizmeti artışı izlemektedir. Gelir arttığında, sağlık hizmetlerine olan talebin miktarı orantılı bir şekilde artmaktadır. Gelir ve sağlık hizmetleri talebi arasındaki ilişki yalnızca bu çalışmanın yapıldığı Amerika'da değil aynı zamanda dünyadaki bütün ülkeler için geçerli olduğu görülmüştür (Feldstein, 2007: 52).

2.3.3.1.2. Fiyat ve Sigorta

Sağlık hizmetlerine olan talep, piyasadaki diğer mal ve hizmetlerin taleplerine göre fiyattan ve gelirden daha az etkilenmektedir. Sağlık hizmetleri talebinde fiyatın gelire göre daha az etkisi vardır. Özellikle acil ve zorunluluk durumlarında sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliği zayıftır.

Sağlık mal ve hizmet fiyatlarının serbest bir şekilde piyasa kuralları içinde belirlendiği ülkelerde, fiyatın talebe güçlü bir şekilde bağlı olduğunun ileri sürülmesine karşın; fiyatların yüksek tutulması, ödeme gücünün sınırlı olması ve devlet müdahaleleri nedeniyle bu bağlılık zayıflamaktadır. Üstelik günümüzde çeşitli ülkelerde sağlık mal ve hizmetleri bireylere karşılıksız sağlanmaktadır. Sağlık mal ve hizmetlerinin karşılıksız olarak devlet tarafından dolaylı ya da doğrudan karşılanması durumunda fiyat sıfıra düşebilir. Bu durumda talep üzerinde fiyat değişikliklerinden söz etmek mümkün değildir (Işık, 1997: 57). Daha önceki bölümlerde üzerinde durulduğu gibi, sağlık hizmetlerinin belirsizliği ve hasta olduğunda karşılaşılabilecek maliyetin belirsiz olması nedeniyle sağlık sektöründe sigorta kuruluşları oldukça önemli bir rol oynamaktadırlar. Burada sigortalı olma durumu, sağlık hizmetlerinin fiyatını, sağlık hizmetini kullanan kişi için oldukça düşürecektir (Çelik, 2011: 123).

Özetlemek gerekirse sigortanın sağlık hizmetleri üzerinde iki önemli etkisi vardır. Talebi arttırır ve talep esnekliğini azaltır. Başka bir deyişle, sağlık hizmeti

kullanıcılarının sağlık hizmetlerinin fiyatlarına karşı daha az duyarlı olmasına neden olur. Bu da sağlık harcamalarının dolaylı olarak artış eğilimine girmesini sağlayacaktır.

2.3.3.1.3. Sağlık Hizmetlerine Duyulan İhtiyacın Şiddeti

Sağlık hizmetlerine talebi etkileyen faktörlerden birisi de çoğu zaman sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın, diğer mal ve hizmetlere olan ihtiyaçlara olan taleple kıyaslanamayacak kadar şiddetli ve acil olmasıdır. İnsanlar normalde piyasada var olan mal ve hizmetleri talep ederken, bireysel alışkanlıklarına, zevk ve tercihlerine, kültür seviyelerine ve hayat tarzlarına bağlı olarak karar verirlerken; sağlık hizmetlerine talepte ihtiyacın şiddeti, söz konusu bu diğer faktörlerin önüne geçmektedir. İktisattaki normal mal ve hizmetlerde tüketimin yeri, zamanı, bireylerin zevk ve tercihleri belirleyici iken; sağlık hizmetleri tüketiminde bu imkân kısıtlıdır.

Eğer mal veya hizmetlerin kullanılması hayatımızı devam ettirebilmek açısından çok da zorunlu değilse, bu durumda bu mal veya hizmetlerin fiyat değişikliklerine karşı daha kolay tepki gösteririz. Eğer bu mal veya hizmetlerin fiyatları artarsa, ya aldığımız miktarı azaltır ya da tamamen vazgeçebiliriz. Bu açıdan bakıldığında ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin şiddeti talep esnekliği katsayısını belirlemede çok önemli olacaktır. Örneğin trafik kazası geçirmiş ve hayati tehlikesi olan bir insan için sağlık acil sağlık hizmetlerinin esneklik katsayısı neredeyse sıfırdır. Çünkü acil sağlık hizmetlerinin maliyeti ne olursa olsun kişi bu hizmeti almak isteyecektir. Ancak, kullandığımız ve ihtiyaç duyduğumuz çoğu sağlık hizmetlerinin ihtiyaç derecesi bu kadar yüksek değildir. İhtiyaç şiddeti düşük ve ertelenebilir nitelikte olan bazı sağlık hizmeti türleri için hesaplanan esneklik katsayısı esnek olarak bulunabilir (Çelik, 2011: 120).

2.3.3.1.4. Diğer Malların Varlığı ve Fiyatı

Herhangi bir malın fiyatındaki bir değişimin diğer her malın fiyatı üzerinde belli bir etkisi olacaktır. Kuşkusuz birçok durumda etkinin boyutu çok önemsiz olduğu için göz ardı edilebilir. Eğer bir malın fiyatı yükselirse, tüketicinin geliri kısıtlanacağından harcamalarını yeniden gözden geçirecektir. Eğer bir malın fiyatı düşerse, tüketici potansiyel tasarrufuyla bir şeyler yapacaktır (Parasız, 1994: 88).

Fiyattaki bir değişikliğin etkisi aşağıdaki durumlarda anlamlı olacaktır:

- i) *İkame Mallar:* Sağlık hizmetlerinin sunumunun sosyal devlet anlayışı gereği devletin sunmasının yanında, günümüzde özel teşebbüslerin de bu hizmetleri yerine getirmesinden dolayı, az da olsa bazı sağlık hizmetlerinin ikamesinin varlığı söz konusudur. Burada aynı iyileştirici etkiye sahip farklı ilaçların piyasaya girmesiyle mevcut ilacın talebinin etkilenmesi örnek olarak verilebilir.
- ii) *Tamamlayıcı Mallar:* Tamamlayıcı mallar birlikte talep edilen mallardır. Bu mallar birbirlerini tamamlamaktadır. Örneğin çay – şeker, petrol ve otomobil bu mallara verilen klasik örneklerdir.

Herhangi bir malın veya hizmetin fiyatındaki değişmenin, kendisinin ikamesi veya tamamlayıcısı olan mallara olan talebi nasıl ve ne şiddette etkilediği talebin çapraz esnekliği ile ifade edilir. Çapraz esneklik katsayısı ise herhangi bir mal veya hizmetin miktarındaki % değişmenin ikamesi veya tamamlayıcısı olduğu diğer malın fiyatındaki % değişmeye oranlanması ile bulunur (Çelik, 2011: 122).

2.3.3.1.5. Finansman Yöntemleri

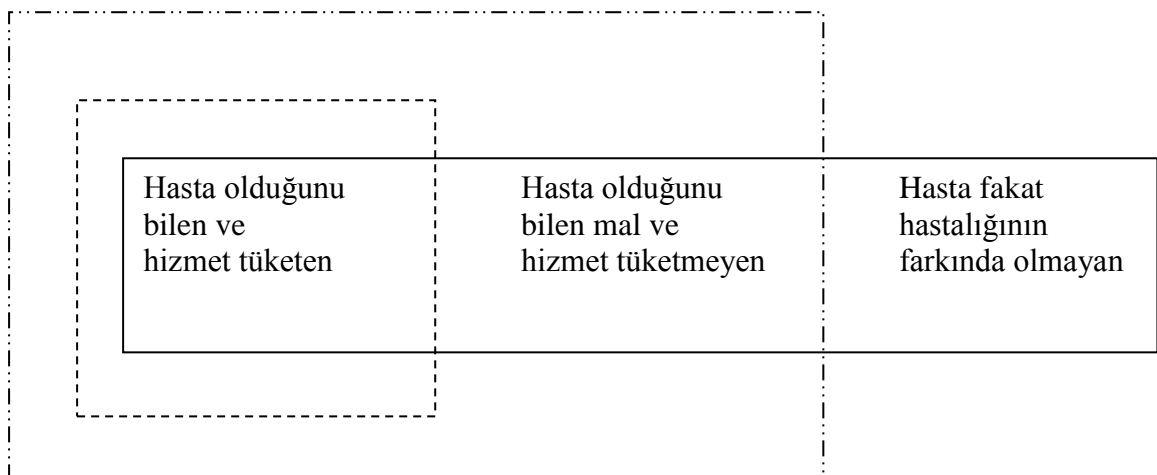
Sağlık hizmetleri talebini etkileyen bir diğer önemli faktör de o ülkedeki sağlık sisteminin hangi yöntemlerle ve nasıl finanse edildiğidir. Daha önce de belirttiğimiz gibi, sağlık hizmetinin tamamen ya da kısmen devlet tarafından karşılanması durumunda bu hizmetlere olan talebi arttırmaktadır. Ancak doğrudan finansman söz konusu ise yani, kişinin sağlık hizmetini cebinden ödemesi durumunda; talep katsayısının azaldığını görebiliriz.

Finansman konusu ele alındığında sağlık hizmetlerine olan talep katsayısı, sırasıyla doğrudan finansman, sosyal sigortalar şeklinde devletin kısmen finansmana katılması ve devletin finansmanı tamamen karşılaması durumlarına göre artmaktadır. Devletin finansmanı tamamen karşıladığı bir ülkede, diğer finansman seçeneklerinin bulunduğu ülkelere göre, insanlar sağlık hizmetlerini kullanmaya daha çok eğilimlidirler. Yani; düşük gelirli ve sağlık sigortası olmayan insanlar, yüksek gelirli insanlardan daha az sağlık hizmeti almaktadırlar (Feldstein, 2007: 52).

2.3.3.1.6. Kişisel Özellikler

Sağlık hizmetleri talebini yakından etkileyen kişisel özelliklere ırk, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi örnek olarak verilebilir. Örneğin ilerleyen yaşlarda daha fazla hastalık durumu ortaya çıkacağından dolayı insanlar daha fazla sağlık hizmeti kullanmak isteyecektir. Ayrıca kadınların özellikle doğurganlık çağında ihtiyaçlarının farklı olması da bir gerçektir (Çelik, 2011: 125). Sağlık hizmetlerine karşı talep yaratma konusunda eğitim düzeyinin etkisi de kuşkusuz önemlidir. Ancak bu etken ülkelere, bölgelere ve diğer koşullara göre farklılık gösterebilir. Eğitim düzeyi talep düzeyini bazen arttırdığı gibi bazen de düşüren bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 81).

Eğitim düzeyi yüksek olan toplumlarda hijyen kurallarına uygun yaşam tarzı benimsendiğinden (Mutlu ve Işık, 2005: 81) ve sağlık personelinin kendilerine planladığı tedaviyi etkili bir şekilde uygulayacağından sağlıklarına daha kısa süre içerisinde kavuşacaklardır (Çelik, 2011: 125). Bu da eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebini düşürecektir. Ancak eğitim seviyesinin yüksek olması bazı sağlık hizmetleri talebini arttırmaktadır. Örnek olarak estetik, diş, sağlık bakımı ve ürünleri verilebilir (Sayım, 2011: 105). Şekil 2.7. sağlık hizmetlerine olan talebin hastanın hastalığa karşı davranışına göre nasıl oluştuğunu göstermektedir.



- Hissedilen rahatsızlık
- Sağlık talebi
- Gerçek Rahatsızlık

Şekil 2.7. Sağlık Hizmetlerine Talep (Toprak, 1982: 18).

Yukarıda açıkladığımız sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörlerin yanında arz kaynaklı talep (supplier induced demand) (Mcguire, 2000: 503) de denilen sağlık hizmetlerini arz eden hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin hastalara karşı tutumları da hizmetin talebini etkileyebilmektedir. Bu durum biraz da arz ve talep arasında bilgi açısından bağımsızlığın olmaması yani asimetrik bilgilenme ile ilgilidir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda ulaşım da talebi etkileyen bir faktördür. Daha önce yapılan çalışmalarda görülüyor ki sağlık kurumlarına uzaklık derecesi farklı olan kişilerden sağlık kurumuna uzak olanların bu hizmetlerden daha az faydalandıkları saptanmıştır. Bu da gösteriyor ki sağlık hizmetlerinin yakınlığı bu hizmetin talebi için önemli bir faktördür.

Yukarıda sağlık hizmetlerinin genel olarak talebini etkileyen altı faktör açıklanmıştır. Kuşkusuz bunlardan daha fazla değişken vardır. Ancak diğer etkenlerin çoğu ya yukarıda açıkladığımız genel faktörlerin kapsamı altındadır ya da dikkate alınacak kadar etkili bulunmamıştır. Yapılan literatür araştırmasında farklı çalışmalarda farklı etkenlerin varlığı saptanmıştır. Elde ettiğimiz bilgiler ışığında bütün etkenler kapsama altına alınmaya çalışılmıştır.

2.3.4. Sağlık Hizmetleri Arzı

Sağlık hizmetlerinde arz konusuna girmeden önce arz fonksiyonu üzerinde durulması gerekmektedir. Arz, belirli bir zamanda üreticilerin çeşitli fiyatlardan satmak üzere piyasaya sundukları miktarlar olarak tanımlanabilir (Dinler, 1998: 183). Tam rekabet piyasasında arzı belirleyen çok sayıda faktör vardır. Bunların başında malın fiyatı gelmektedir. Malın fiyatının yanında üretim faktörlerin fiyatı, teknolojik düzey, söz konusu malın üretiminde kullanılan faktörlerle üretilmesi mümkün olan öteki malların piyasa fiyatları, idarenin düzenlemeleri ve boyutları ve alıcıların zevkleri ve tercihleri de arzı etkileyen faktörlerdendir.

Bir firmanın arz ettiği mal veya hizmetinin fiyatının artması (ceteris paribus), söz konusu firmanın karını ve satmak istediği mal miktarını artırır. Ayrıca üretim faktörlerinin fiyatlarının artması, firmanın maliyetlerini, bu ise firmanın karını azalmasına neden olur. Bu durumda üreticilerin üretmek istediği mal miktarı, girdilerin fiyatları ile ters yönlü olarak değişir. Teknolojik gelişmeler firmaların üretmek istediği mal ve hizmetlerin maliyetle üretmesini sağladığı için firma karları teknolojik gelişme

ile aynı yönde değişmektedir. Bu faktörlerin yanında üretilen malın fiyatı sabitken; diğer malların fiyatının artması, üretilen malın daha karlı olmasını sağlayabilir ve devletin müdahalesiyle vergi ve sübvansiyonlar da üretim maliyetini arttırabilir ya da azaltabilirler (Mutlu ve Işık, 2005: 94).

Sağlık mal ve hizmetlerinin arz edilmesi, ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerin arzından bazı özellikleri nedeniyle farklı olarak ele alınmalıdır. Sağlık piyasası içinde üretim yapılan diğer mal ve hizmetlerin arzının sınırlı olması, ulusal ve uluslararası anlamda monopollerin varlığı, fiyat ve patent konularında yasal sınırlamalar gibi özellikler bu farklılıklardan bazılarıdır. Şöyle ki klasik iktisat kitaplarında arzda meydana gelen bir artış, daha düşük bir fiyata neden olurken, sağlıkla ilgili mal ve hizmetleri arzında meydana gelen bir artış (teknolojik bir gelişme gibi) daha yüksek bir fiyatın oluşmasına rağmen özel ve büyüyen bir talebe öncelik edebilir. Yine serbest piyasa koşullar içinde talebin arzı etkilediği kuralı, bu örnekte görüldüğü gibi tersine dönerek arzın talebi etkilemesi sonucunu doğurmaktadır. Örneğin kronik bir hastalığın tedavisi ile ilgili bir gelişme ya da ameliyat tekniğinin bulunması bu hizmete olan talepte bir artış meydana getirecektir (Mutlu ve Işık, 2005: 95).

2.3.4.1. Sağlık Hizmetleri Arz Esnekliği

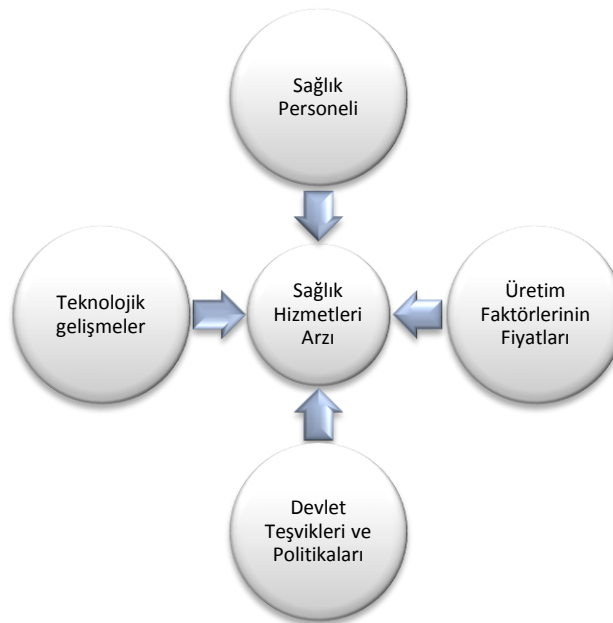
Eğer üretim esnasında artan talepleri karşılamak için daha fazla üretim yapmak olası ise bu türden mal ve hizmetlerin arz esnekliği daha yüksektir. Ancak sağlık hizmetleri gibi bir mal veya hizmetin üretiminde sabit maliyetler oldukça önemli bir yere sahipse ve üretim şekli de buna izin vermiyorsa bu türden mal veya hizmetin arz esnekliği katı olmaktadır (Çelik, 2011: 76). Şöyle ki sağlık hizmetleri için meydana gelecek olası talep artışı durumunda bu ihtiyaca hemen reaksiyon gösterecek sağlık kurumlarının inşası ya da yeni sağlık personeli yetiştirmek imkânsız olacaktır. Ancak bu talep artışı uzun dönemde karşılanabilir.

Sağlık hizmetlerinin üretiminde sabit maliyetlerin varlığı, bu hizmetlerin stoklanamaması ve kısa vadede sağlık hizmetlerini çok büyük boyutlarda arttırmanın mümkün olmaması sebebiyle sağlık hizmetlerinin arz esnekliğini katı olarak değerlendirilebilir.

2.3.4.2. Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler

Daha önce de belirtildiği gibi sağlık dışındaki mal ve hizmetleri arzına etki eden faktörler ile sağlık mal ve hizmeti arzının belirleyici faktörleri her zaman aynı değildir. Örneğin fiyat diğer mal ve hizmetler için temel belirleyici değişken iken sağlık hizmetleri arzı için çok fazla etkisi olan bir araç değildir. Çünkü sağlık hizmeti tek bir ürün veya hizmetten oluşmamaktadır. Söz konusu sağlık hizmetinin kim tarafından üretildiği, hizmete duyulan ihtiyacın şiddeti gibi etkenler bu hizmetin üretim miktarı üzerinde farklı etkilerde bulunacaktır.

Genel olarak sağlık hizmetlerinin arzını; sağlık personeli (Hekim, Hemşire, vb.), dünyada yaşanan teknolojik gelişmeler, devletin sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için gerçekleştirdiği teşvikler bunun yanında bu hizmetlerin toplumun sağlığını etkilemesi açısından devletin yaptığı bazı sınırlamalar ve sağlık hizmetlerinin arzını oluşturacak üretim faktörlerinin fiyatları da belirlemektedir.



Şekil 2.8. Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetleri kapsamında arz edilen mal ve hizmetlerin boyutu, bu alana ayrılan kaynakların miktarı, sağlık sisteminin yapısı ve işleyişi, devlet politikaları ve kapsamı ile finansman politikalarının yapısı ve yöntemleri gibi faktörlerin de etkisi altındadır. Ancak temel olarak sağlıkta ilgili mal ve hizmetlerini arzını belirleyen iki

faktör vardır. Bunlar, sağlık sektörü içinde yer alan sağlık personeli ve sağlık üretimini gerçekleştiren sağlık üretim birimleridir (Mutlu ve Işık, 2005: 97).

2.4. TÜRKİYE’NİN SAĞLIK HARCAMALARI ANALİZİ

Sağlık harcamalarının zaman içinde ve farklı ülkeler arasında karşılaştırılmasını sağlayan sağlık harcamaları analizi, sağlık sektörü ve sağlık politikaları ile ilgili doğru kararların verilebilmesi için büyük önem arz etmektedir. Türkiye’de sağlık harcamaları ve sağlıkla ilgili diğer istatistikleri Türkiye İstatistik Kurumu ve Devlet Planlama Teşkilatı’nın yanında Sağlık Bakanlığı’na bağlı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı’nın yıllıkları¹ ve Sosyal Güvenlik Kurumu ayrıca yayınlamaktadır. Uluslararası düzlemde OECD, Dünya Bankası, EUROSTAT ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi organizasyonlar sağlıkla ilgili geniş istatistikler barındırmaktadır.

Türkiye’de sağlıkla ilgili önceden farklı kurumların farklı istatistikler yayınlaması sonucu, bir standardın oluşması adına bir koordinasyon kurulması kararlaştırılmış ve sağlık harcama istatistiklerinin TÜİK tarafından raporlanması ve bu raporların uluslararası kuruluşlara gönderilmesi kararlaştırılmıştır. Alınan bu kararlar diğer kuruluşlar da TÜİK’e bu konuda destek sağlanması kararı alınmıştır. Bu çalışmada da diğer başka birimlerin daha güncel verileri olmasına rağmen, çalışmanın daha güvenilir olması gerekçesiyle resmi istatistik kurumu olan Türkiye İstatistik Kurumu’nun verileri kullanılacaktır.

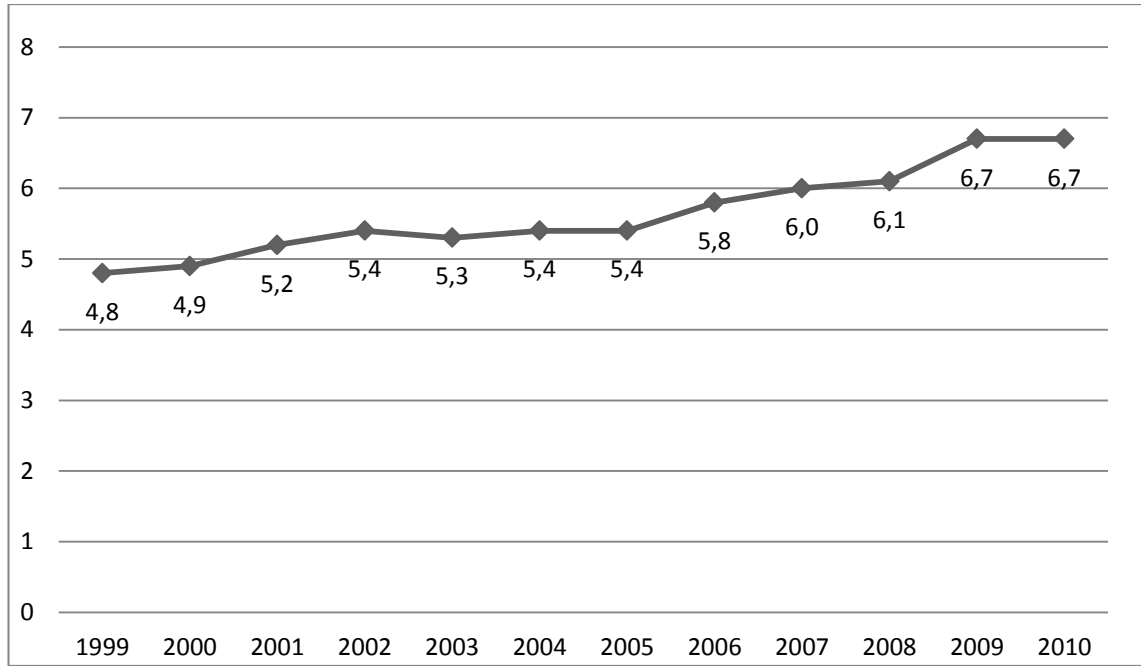
¹ Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı’nın değiştirilen teşkilat yapısında yürürlükten kaldırılmıştır.

Tablo 2.2.Türkiye’de Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler 1999 – 2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Toplam Sağlık Harcaması												
Milyon TL	4 985	8 248	12396	18774	24279	30021	35359	44069	50904	57740	64268	74397
Milyon ABD Doları	11790	13140	10052	12389	16159	20975	26205	30599	38864	44364	41464	49504
Kişi Başı Sağlık Harcaması												
Türk Lirası (TL)	79	128	190	284	363	443	516	635	725	812	892	1019
ABD Doları	186	204	154	188	242	310	382	441	553	624	575	678
Toplam Sağlık Harcamasının, Gayri Safi Yurt İçi Hasılaya Oranı %												
	4,8	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,7	6,7
Kamu Sağlık Harcamasının, Toplam Sağlık Harcamasına Oranı %												
	61,1	62,9	68,1	70,7	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	75,1	75,2
Hane halkı sağlık Harcamasının, Toplam Sağlık Harcamasına Oranı %												
	29,1	27,6	22,8	19,8	18,5	19,2	22,8	22,0	21,8	17,4	16	16

Kaynak: T.C. Başbakanlık, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı:34, 18 Şubat 2011, 2009 ve 2010 yılına ait bilgiler Dünya Sağlık Örgütü’nden alınan verilere göre düzenlenmiştir. www.who.org.

Tablo 2.2.’den görüleceği üzere 1999 yılında 4 milyar 985 milyon TL olan toplam sağlık harcamaları 2010 yılında 74 milyar 397 milyon TL’ye çıkmıştır. Aynı şekilde kişi başı sağlık harcaması da 1999 yılında 79 TL iken 2010 yılında 1019 TL olmuştur. Yukarıdaki veriler aşağıda ayrıca incelenecektir.



Şekil 2.9. Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurt İçi Hasılaya (GSYİH) oranı (T.C. Başbakanlık, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı:29-34, 2010 – 2011, www.worldbank.org)

Türkiye İstatistik Kurumunun 2010 yılında yayınladığı haber bülteni 1999 – 2007 yıllarını kapsamaktadır. 2008 yılını kapsayan haber bülteni Şubat 2011’de yayınlanmıştır. 2009 – 2010 yılları için Dünya Bankası verileri kullanılmıştır. Şekilden de görüldüğü gibi daha önce rakamsal verilen bilgiler oransal olarak bakıldığında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı neredeyse her geçen yıl artış eğilimi göstermiştir.

Bir ülkede herhangi bir konuda yapılan bir araştırmada sadece o ülkenin istatistiklerinin kullanılıp yorumlanması, yürütülecek politikalar için eksik bilgi mahiyeti taşımaktadır. Yapılacak olan araştırmalarda kullanılan verilerin güncelliğinin yanında diğer ülke istatistikleriyle mukayese edilmesi daha sağlıklı olacaktır. Nitekim aşağıda toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranını OECD ülkelerinin bulunduğu bir tabloyla göstermeye çalışılmıştır. Bu tablodaki veriler kullanılarak ülkeler arası karşılaştırma yapılabilmektedir.

Tablo 2.3. OECD Ülkeleri Arasında Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (1999-2010)

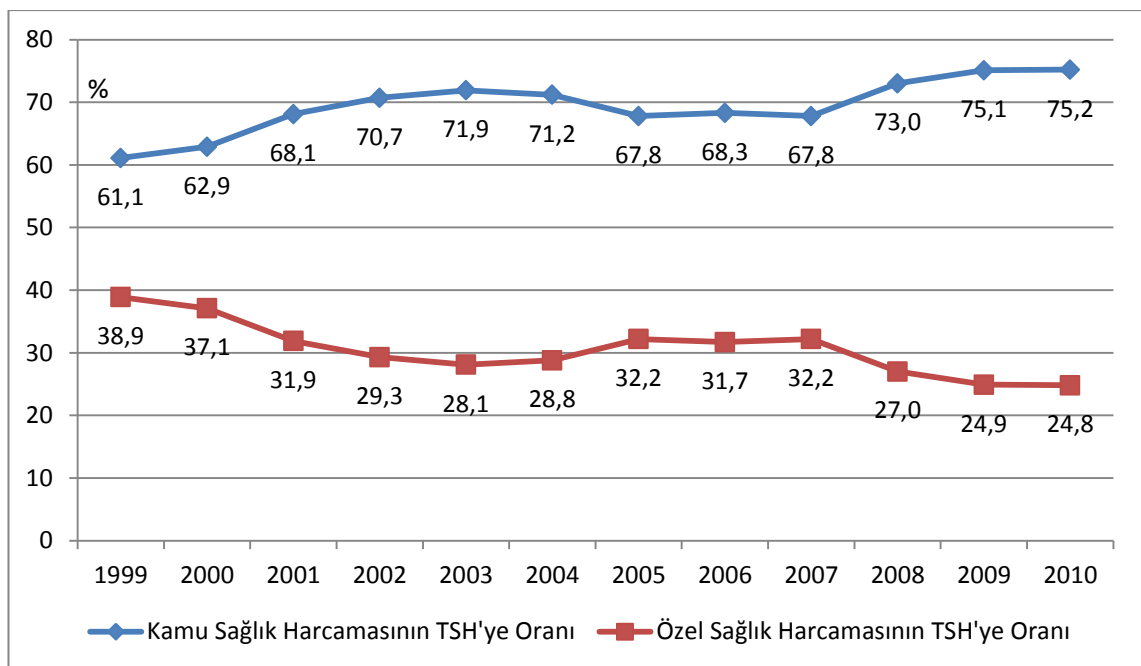
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Avustralya	7,8	8,0	8,1	8,4	8,3	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	8,7	8,7
Avusturya	10,1	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,4	11,0	11,0
Belçika	8,1	8,1	8,3	8,5	10,0	10,2	10,1	9,6	9,7	10,1	10,8	10,7
Kanada	8,9	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,3
Şili	6,6	6,6	6,8	6,7	7,5	7,1	6,9	6,6	6,9	7,5	8,4	8,0
Çek Cumhuriyeti	6,6	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,2	7,0	6,8	7,1	8,0	7,9
Danimarka	9,0	8,7	9,1	9,3	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,3	11,5	11,4
Estonya	5,9	5,3	4,9	4,8	5,0	5,1	5,0	5,0	5,2	6,1	6,7	6,0
Finlandiya	7,4	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,4	8,1	8,4	9,0	9,0
Fransa	10,1	10,1	10,2	10,5	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0	11,1	11,9	11,9
Almanya	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,6	10,5	10,7	11,7	11,6
Yunanistan	8,6	7,9	8,8	9,1	8,9	8,7	9,6	9,6	9,6	10,1	10,6	10,2
Macaristan	7,2	7,0	7,1	7,5	8,3	8,0	8,3	8,1	7,5	7,2	7,6	7,3
İzlanda	9,6	9,5	9,3	10,2	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1	9,8	9,4
İrlanda	6,1	6,1	6,7	7,1	7,4	7,6	7,6	7,5	7,7	8,8	9,4	9,2
İsrail	7,5	7,5	8,0	7,9	7,9	7,8	7,8	7,6	7,6	7,7	7,6	7,6
İtalya	7,8	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7	9,0	9,4	9,5
Japonya	7,5	7,7	7,9	8,0	8,1	8,1	8,2	8,2	8,2	8,5	9,5	9,5
Kore	4,3	4,5	5,1	4,9	5,2	5,3	5,7	6,0	6,3	6,5	6,9	6,9
Lüksemburg	5,8	7,5	7,4	8,3	7,7	8,2	7,9	7,7	7,1	6,8	7,9	7,8
Meksika	5,1	5,1	5,5	5,6	5,8	6,0	5,9	5,7	5,8	5,8	6,5	6,3
Hollanda	8,1	8,0	8,3	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	9,7	9,9	12,0	11,9
Yeni Zelanda	7,5	7,6	7,7	8,0	7,9	8,3	8,7	9,1	8,8	9,6	10,0	10,1
Norveç	9,3	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1	8,6	8,9	8,6	9,7	9,5
Polonya	5,7	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	7,0	7,4	7,5
Portekiz	8,0	9,3	9,3	9,3	9,8	10,1	10,4	10,1	10,0	10,1	10,7	11,0
Slovak Cumhuriyeti	5,8	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7,0	7,3	7,7	8,0	9,1	8,8
Slovenya	7,9	8,3	8,6	8,6	8,6	8,4	8,4	8,3	7,8	8,4	9,3	9,4
İspanya	7,3	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,6	9,5
İsveç	8,2	8,2	8,9	9,2	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	10,0	9,6
İsviçre	10,2	10,2	10,6	10,9	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4	11,5
Türkiye	4,8	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,7	6,7
Birleşik Krallık	6,9	7,0	7,2	7,6	7,8	8,0	8,2	8,5	8,4	8,8	9,8	9,6
Amerika Birleşik Devletleri	13,6	13,7	14,3	15,2	15,7	15,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,6	17,9

Kaynak: OECD Health Data, November 2011, www.oecd.org, www.worldbank.org

Yukarıda da görüldüğü üzere 1999 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının en az olduğu ülke Kore ve sonrasında Türkiye vardır. Ancak 2010 verilerine bakıldığında söz konusu oranın en az olduğu ülke Estonya, sonrasında

Meksika ve sonrasında Türkiye gelmektedir. Türkiye'nin son zamanlarda hızlı büyümesi ve sağlık hizmetleri alanında yapılan yapısal değişikliklerin bu oranı diğer yıllara nazaran daha fazla arttıracığı tahmin edilmektedir. 2010 yılında OECD için sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı ortalaması 12,6 iken Türkiye'de bu oran 6,7 olmuştur.

Toplam sağlık harcamasının içinde kamu ve özel kesimin paylarını bilmek de son derece önemlidir. Şekil 2.7.'de toplam sağlık harcamaları içinde kamu kesiminin ve özel sektörün payları ayrı ayrı verilmiştir.

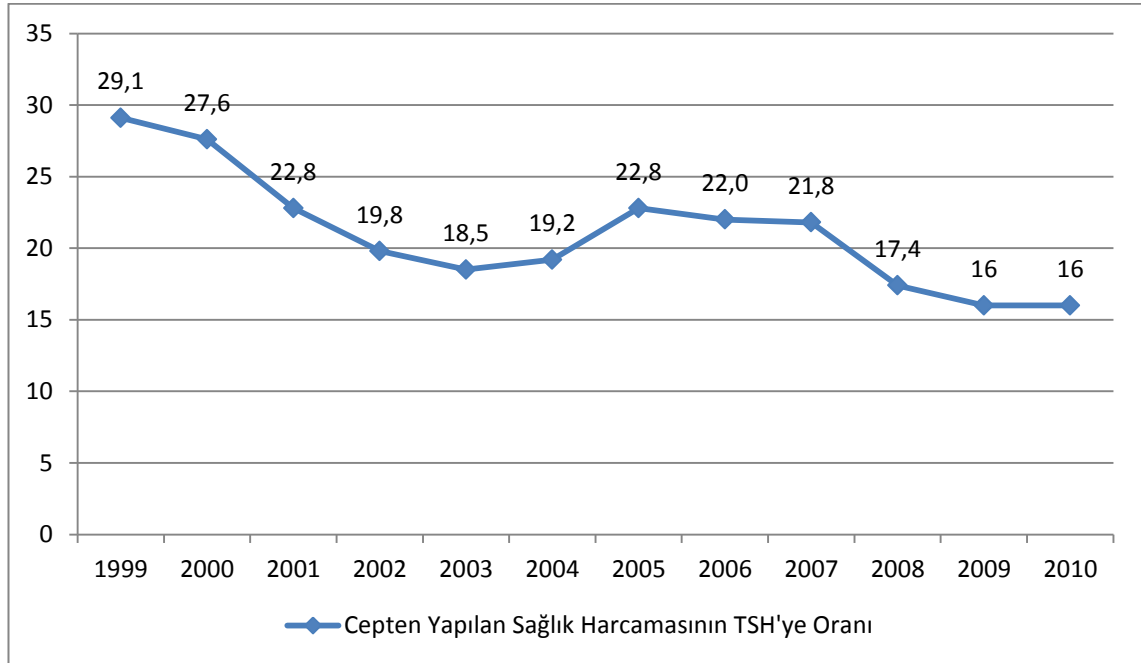


Şekil 2.10. Kamu Sağlık Harcaması ve Özel Sektör Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 29 ve 34, 2010 – 2011, www.worldbank.org)

Yukarıdaki şekilde 2007 yılına kadar TÜİK'in 2010 bülteni kullanılarak hazırlanmış olup, 2008 yılına ait veriler aynı kurumun 2011 yılındaki bülteni kullanılarak hazırlanmış, 2009 ve 2010 verileri Dünya Bankası'nın verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Görüldüğü üzere 1999 yılında Toplam sağlık harcamalarının %61,1'i kamu tarafından, %38,9'u ise özel sektör tarafından gerçekleştirilirken, 2010 yılında bu oranlar sırasıyla, %75,2 ve %24,8 olmuştur. En yüksek kamu payının 2010 yılında olduğu görülmüş olup, önümüzdeki yıllarda sağlık bakanlığının yeni teşkilat yapısının değişikliği neticesinde kamu payının kısa dönemde artacağı ancak hizmetlerin daha çok

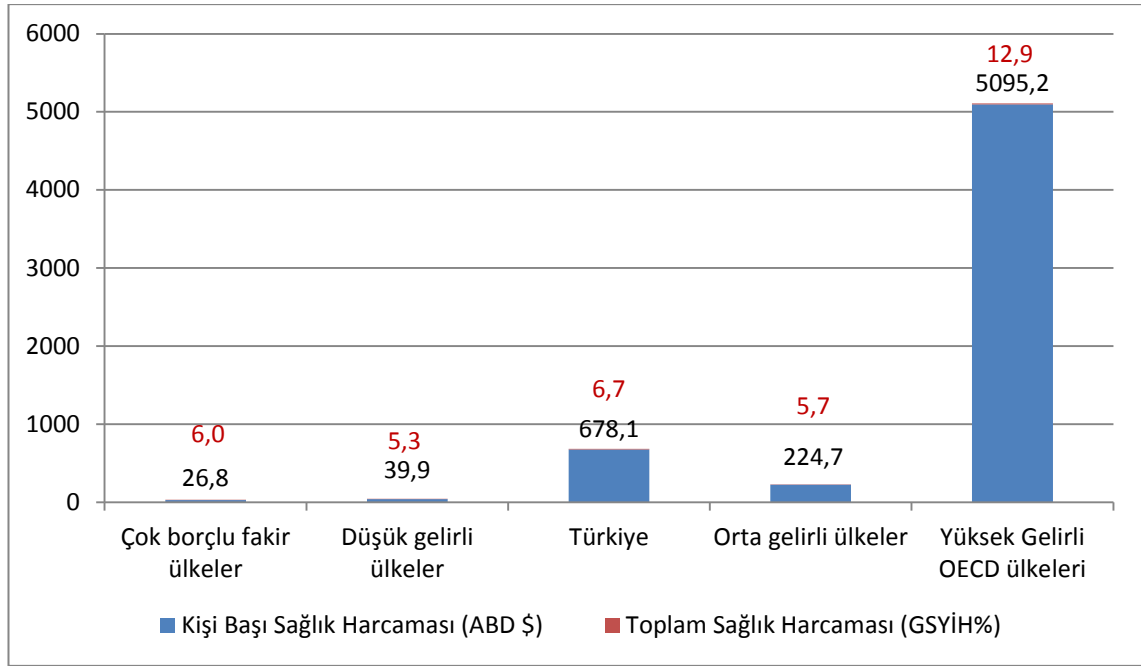
özelleşeceği tahmini göz önünde tutulacak olursa, uzun dönemde özel sektör payının artacağı tahmin edilmektedir.

Bir ülkede toplam sağlık harcamaları içinde kamunun ve özel sektörün payını bilmek kadar, özel sağlık harcamaları için de cepten yapılan harcamaların oranlarını bilmek son derece önemlidir. Bu oranları bilmek hem sosyal devlet anlayışı içinde devletin sorumluluklarını ne kadar yerine getirmekte olduğunu ortaya koymada önemli olmakla birlikte, önümüzdeki dönemlerde sağlık sektörünün kamuya olacak yükünü tahmin etmekte de son derece önemlidir. Ayrıca, bireylerin fakirliğini arttırmada önemli olduğu tartışılmakta olan cepten yapılan sağlık harcamalarının ne boyutta olduğu ve kimlerin daha fazla cepten harcama yaptığını bilmek aynı derecede önemli konulardır (Çelik, 2011: 301).



Şekil 2.11. Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının TSH'ye Oranı (TÜİK Haber Bülteni, Sayı :29 – 34, 2010 –2011, www.who.org)

1999 yılından 2010 yılına kadar olan süreçte cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı 13,1 puanlık düşüş göstererek, 2010 yılında 16,0 olarak hesaplanmıştır.



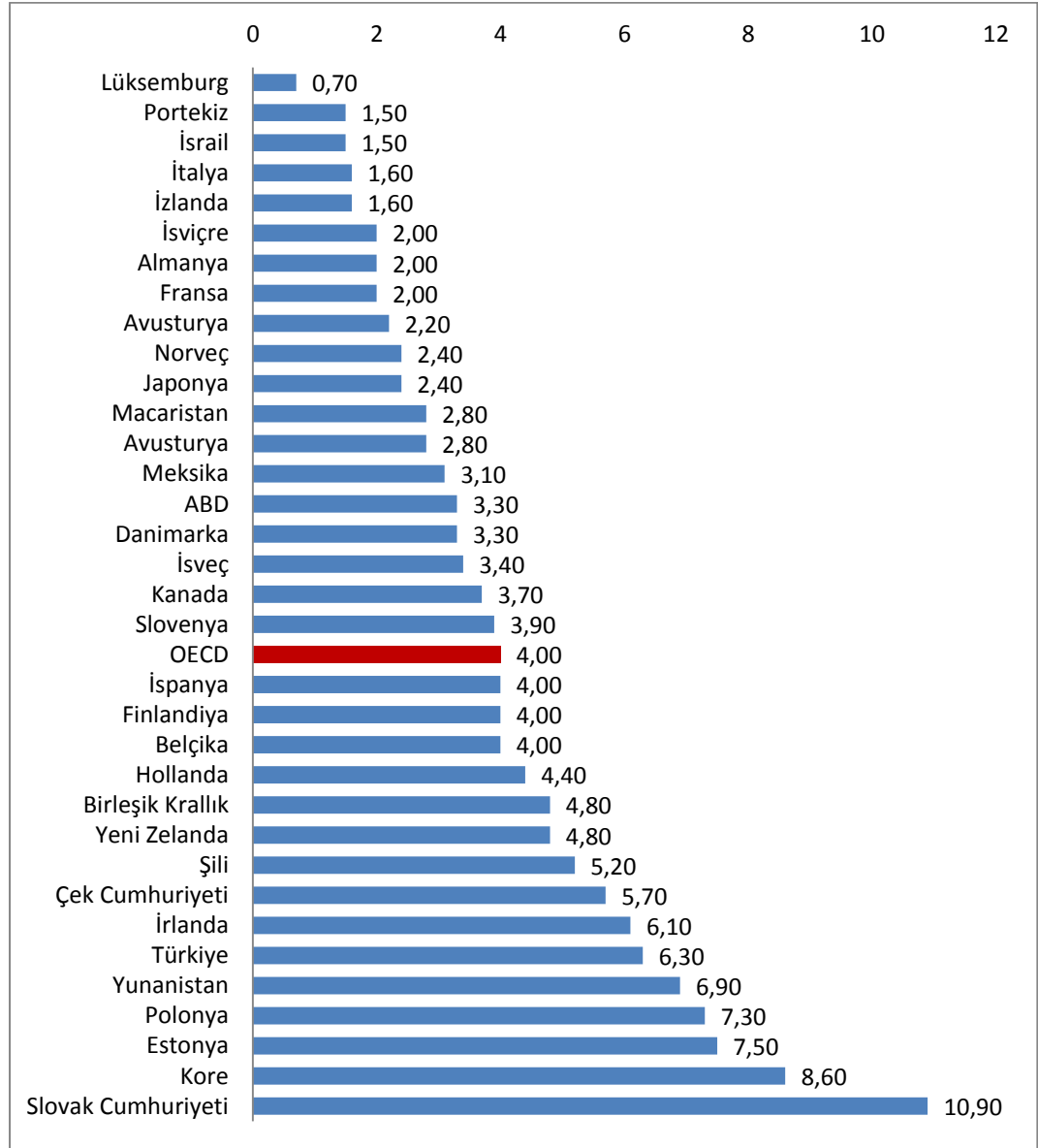
Şekil 2.12. 2010 Yılı İçin Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin Kişi Başına ve GSYİH Yüzdesi Olarak Sağlık Harcama Düzeyleri (<http://www.worldbank.org>)

Bir ülkenin benzer gelir grubunda ve diğer gelir gruplarına göre sağlık harcama düzeylerini karşılaştırmak son derece önemlidir. Dünya bankasının 2010 verilerini kullanarak hazırladığımız Şekil 2.12'den de açıkça görüldüğü gibi bir ülkenin gelir düzeyi ile sağlık harcamaları arasında bir ilişki vardır. Ayrıca Türkiye'de 2009 ve 2010 yıllarında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı 6,7 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması orta gelirli ülkelerden daha yüksek durumdadır. Ancak yüksek gelirli OECD ülkeleri ile kıyaslandığında hem kişi başına sağlık harcaması olarak hem de GSYİH'ye oranlanan toplam sağlık harcaması olarak Türkiye oldukça düşük kalmaktadır. Ayrıca Dünya Bankası'nın 2010 verilerine göre dünya ülkelerinin sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının ortalaması % 10,4 olarak geçmektedir. Türkiye de 2010 yılında GSYİH'nin % 6,7'sini sağlık harcamalarına ayırarak az bir oran da olsa, bu ortalamaya yaklaşmıştır.

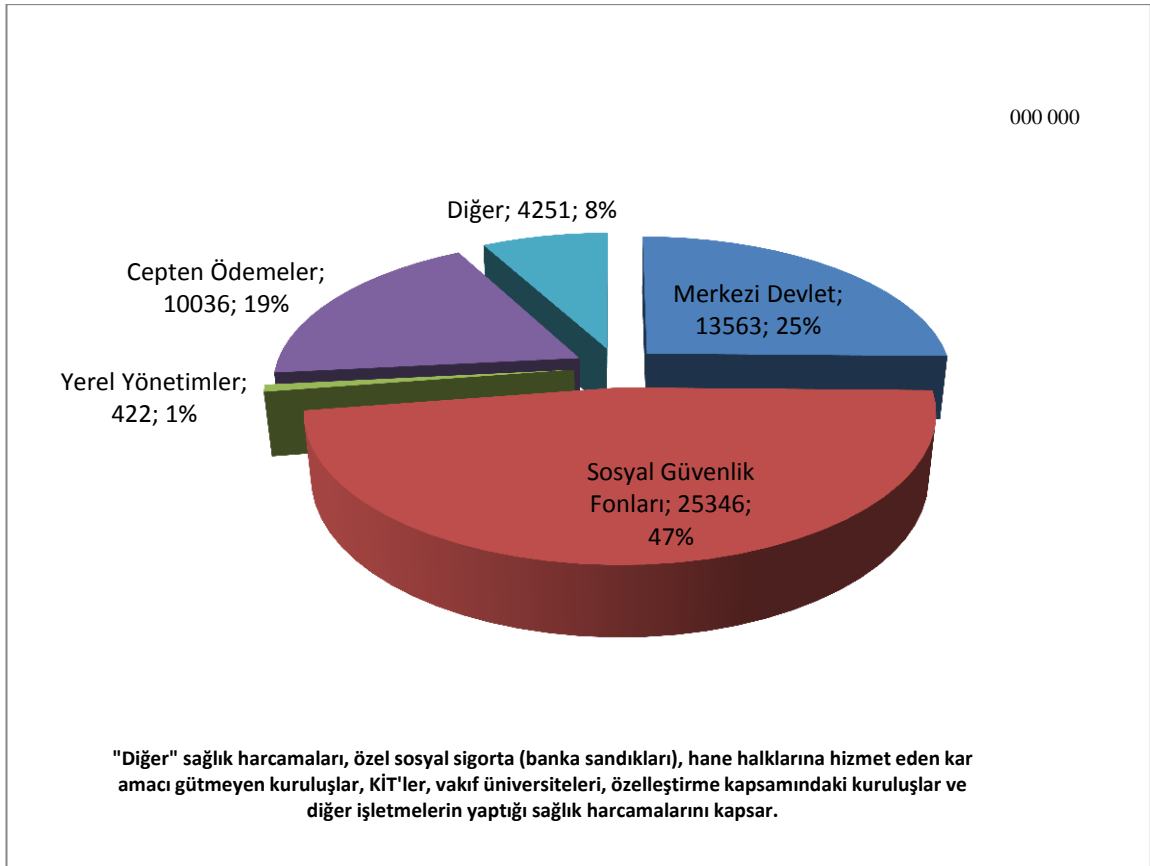
Reel olarak kişi başına sağlık harcamasının yıllık büyüme oranı aşağıdaki tabloda (Tablo 2.4.) verilmiştir. OECD'den alınan verilere göre Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması diğer OECD ülkelerine oldukça hızlı bir şekilde artmaktadır. 2009 yılına kadar olan verilere göre Türkiye kişi başına sağlık harcaması olarak OECD ülkeleri arasında en yüksek artışı gösteren ülkelerden biri olmuştur. OECD

ortalamasının 4,00 olduğu göz önünde tutulursa Türkiye'nin reel olarak kişi başına sağlık harcamasının büyüme oranı (6,30) OECD ortalamasının üstünde gerçekleşmiştir.

Tablo 2.4. OECD Ülkeleri Arasında Reel Olarak Kişi Başına Sağlık Harcamasının Yıllık Ortalama Büyüme Oranı (2000 -2009) %



Kaynak: OECD Health Data, November 2011, www.oecd.org



Şekil 2.13. 2008 Yılına Ait Cari Sağlık Harcamalarının Finansman Kurumlarına Göre Dağılımı (TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 34, 2011)

2008 Yılında toplam sağlık harcaması daha önce de belirtildiği gibi 57 milyar 740 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Bunun 52 milyar 320 milyon TL'si cari sağlık harcaması, 5 milyar 420 milyon TL'si de sağlığa yönelik yatırım harcaması oluşturmuştur. Cari sağlık harcamalarının kapsamında, Hastaneler, evde hemşirelik bakımı, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi, genel sağlık yönetimi ve sigorta ve sınıflandırılmayan diğer kategori olmak üzere 7 ayrı kalem vardır. 2008 yılında merkezi yönetim 15 milyar 948 milyon TL, yerel yönetimler 865 milyon TL, sosyal güvenlik kurumu 25 milyar 346 milyon TL ve özel sektör tarafından ise 15 milyar 580 milyon TL sağlık harcaması yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HAYATIN KALİTESİ: UYGULAMA ŞEKİLLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNE UYGULANMASI

3.1. HAYATIN KALİTESİ KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNE UYGULANMASI

Hayatın kalitesi kavramı, günümüzde uluslararası alanda sağlıkta ve diğer beşeri hizmet alanlarında oldukça fazla ilgi çekmektedir. Bu durum genel olarak, geniş kapsamlı hizmet kalitesinin, bu hizmetlerden elde edilen sonuçların kalitesinin ve kişisel düzeyde bireylerin yaşamlarının kalitesini optimize etmek arasındaki güçlü ilişkinin bir parçasıdır. Birlikte ele alındığında Schlock'un "kalite devrimi" diye tanımladığı terime tekabül etmektedir (Brown, Renwick and Nagler, 1996 :3).

Genel anlamıyla yaşam kalitesi; "iyilik hali" nin bir derecesi olarak tanımlanır. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ise kişinin sağlık durumunu göstermekten daha geniş bir perspektifi işaret etmektedir. Yaşam kalitesi için üzerinde uzlaşılmış bir tanım mevcut değildir. Bu konuda sosyal rolü yerine getirmeyi de içeren işlevsel yetenekler, toplumsal etkileşimin derecesi ve kalitesi, ruhsal sağlık, ağrı gibi somatik duyular ve yaşamdan duyulan memnuniyet gibi bir dizi bileşene yer verilir. Aslında klinik olmayan tüm verilerin yaşam kalitesi kavramıyla bir görülme eğilimi kavram karmaşasını daha da arttırmaktadır (Öksüz ve Malhan, 2005: 2).

Hayatın kalitesi kavramı günümüzde çok kullanılsa da, araştırma konusu olması durumunda, kesin bir tanımının olmaması ve titiz bir disiplin tarafından kontrol edilmediği sürece belirsiz bir kavram haline gelir (Wolfensberger, 1994: 318). Hayatın kalitesi denildiği zaman, kalite ve mükemmelliği neyin oluşturduğu sorusu akla gelmektedir. Kalite sonuç olarak, insanların yaşam çevrelerinde kullanılabilir fırsatları uygulanan mevcut sosyal – kültürel ve kişisel değerlerden türetilmiş bir yargıdır. Bundan dolayı hayatın kalitesi kavramının anlamı insan yaşamında bir kültürden diğer bir kültüre, kültür içindeki bir alt kültürden diğer bir alt kültüre ve alt kültür içinde

kişiden kişiye değişmektedir. Her ne kadar belli koşullar içinde yaşayan ve belli değerlere sahip insanlar tarafından mükemmellik olarak atfedilse de kalitenin tam olarak bir tanımı yapılamamaktadır. Sonuç olarak, hayatın kalitesi kavramının da tam olarak tanımı yapılamamaktadır, çünkü yaşadıkları hayata uygulanan insanlar da bu kavramı sadece kalite diye düşünmektedirler (Brown, 1996: 211).

Hayatın kalitesi hakkında yazılanlarla, bireylerin yaşam koşullarına dair nesnel değerlendirmelerden, bu bireylerin bu koşullara dair kendi öznel değerlendirmelerine; makroekonomik göstergelerden bu ekonomilerin sahip olduğu insani ve sosyal sermaye gibi diğer soyut birimlerle yapılan hesapları, bireyin maddi koşulları ile ilgili mutluluğuna değinilmektedir (Rapley, 2003: 27). Hayatın kalitesinin değerlendirilmesi bir anlamda kişilere bağlı olduğu için subjektif bir kavramdır. Bunun için sağlık ekonomisi literatüründe “hayatın kalitesi” (quality of life) olarak geliştirilen bu kavram subjektif sağlık konusu altında ele alınmakta ve bunu ölçmek için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 163).

3.1.1. Hayatın Kalitesi Kavramı

Hayatın kalitesi kavram ve konu olarak yeni bir alan olduğu gibi sıkça tartışılan ve uygulama bakımından nerelere uygulanıp uygulanmayacağı hususunda güncelliğini koruyan bir kavramdır. Bu kavram aynı zamanda ekonomiden, sosyal yaşama, kültürden, eğitim ve sağlık hizmetlerine, sosyal faaliyetlerden, siyasal katılıma kadar geniş bir yelpaze içerisinde uygulama alanı bulan bu konu incelemeye açıktır.

Hayatın kalitesi aslında her alanda kullanılmaya açıkken, temellerinin ne olduğu, uygulamasının ilk olarak nasıl ele alındığı konusunda özellikle gelişmekte olan ülkelerde daha çok bilgi ve araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Hayatın kalitesi kavramı kişiye göre değiştiği yani subjektif olduğu için, bunun temelinde yer alan faktörlerin ele alınması gerekir. Literatürde hayatın kalitesi; refah, tatmin, iyilik, güvenlik, harmoni ve subjektif sağlık kavramları ile de ifade edilebilmektedir. Bu noktada objektif ve subjektif unsurlar birlikte kişinin mutluluğunu belirler. Bizim üzerinde duracağımız ise subjektif unsurlardır (Işık ve Meriç, 2010: 422). Sözü edilen mutluluk kavramı, Nordenfelt’in ifade ettiği gibi aşağıdaki şekilde formüle edilebilir. Nordenfelt’e göre A ve B olmak üzere iki birey ele alınmakta ve bunlar istekleri ile bunların gerçekleşmesine göre mutsuz ya da mutlu olarak adlandırılmaktadır. A bireyinin koşulları A’nın

isteklerini gerçekleştirebildiği ölçüde A'nın mutluluğunu arttıracaktır. B bireyinin koşulları B'nin isteklerini gerçekleştiremediği ölçüde B'nin mutsuz olmasına neden olacaktır. Mutluluk kavramı Nordenfeld'te yaşam koşullarının insan ihtiyaçlarını karşılama derecesine göre ortaya çıkmaktadır. Söz konusu bireylerin koşullarının tersi durumunda ele alındığı varsayılırsa mutluluk ya da mutsuzluk kavramı kişilere göre tamamen yukarıdaki durumun tersi olacaktır (Mutlu ve Işık, 2005: 166).

Bir taraftan kalite sözcüğü, kişinin bütün hayatına uygulanabilen ve genellikle mükemmellik ve üstünlük olarak anlaşılan basit bir kavramdır, diğer şekilde hayatın kalitesi ise, bir bütün olarak kişinin yaşamının nasıl mükemmel veya üstün olduğu anlamına gelmektedir. Buradaki problem şu ki, kalite kavramının çoğunlukla anlaşılmasına rağmen; spesifik bir kavram olarak insanların yaşamına uygulandığında, bireyler ve insan grupları arasında sürekli farklılık arz etmesidir (Brown, Renwick and Nagler, 1996: 6).

Kişinin hayat kalitesini objektif ve sübjektif unsurlar belirlemektedir ancak bu çalışmada sübjektif unsurlar üzerinde durulacaktır. Bunu ölçmenin tek yolu da hayatın kalitesini ölçmek için sorulan sorulardan oluşup, kişinin mutlu olup olmadığı böylece kişinin beyanı ile belirlenmiş olacaktır. Uygulamada ise NHP, QALY ve Swedish Instrument gibi birçok yöntem mevcuttur.

Hayatın kalitesi hakkında daha çok felsefi temeliyle ilgilenen Nordenfelt bu kavramın aslında literatürde çok da yeni bir konu olmadığını vurgulamaktadır. Hayatın kalitesi ve mutlulukla ilgili, milattan önce 4. yüzyılda yaşayan Aristo ve 18. yüzyılda yaşayan İngiliz Bentham'dan ilham alan Nordenfelt, hayat kalitesinin doğasının insan düşüncesi kadar eski olduğunu belirtmektedir (Nordenfelt, 1993:4). Yaşam kalitesinin sağlıkla ilişkilendirilmesi esasen Dünya Sağlık Örgütü'nün 1946'da sağlığı "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlaması ile olmuştur. Ancak yaşam kalitesinin ilk kez sağlık alanında dile getirilmesi Yeni Delhi'de 1959 yılında yapılan "*Uluslar arası planlanmış Anne – Babalık Konferansı*"nda ele alınmış, konferansta hızlı nüfus artılığının olası sonuçlarından söz edilerek sayıdan ziyade nüfusun kalitesinin ön planda olması gerektiği vurgulanmıştır (Pinar, 2012: 5).

Hayatın kalitesinin ilişkili olduğu eğitim ve sağlık gibi genel kavramların yanında; yaşam memnuniyeti, mutluluk, moral ve iyilik hali gibi birçok kavramla yakından ilişkilidir.

Hayatın kalitesi konusunda yapılan çalışmalarda temel oluşturan ilk düşünceler Aristo ile Bentham tarafından ortaya konmuştur. Aristo'nun mutluluk kavramını açıklaması eudaimonia olarak adlandırılmıştır. Bu kavram bizim bildiğimiz mutluluk kavramından oldukça farklıdır. Çünkü ilahi ve dinsel bir takım betimlemeler yapılmaktadır. Bentham'da ise mutluluk kavramı utilitarianlerin sözünü ettiği mutluluk kavramındaki gibidir. Bu konu daha çok mutluluk felsefesi ile ilgili olduğundan dolayı çok fazla değinilmeyecektir (Işık ve Meriç, 2010:431). İngiliz düşünürleri Jeremie Bentham'ın temellerini attığı ve John Stuart Mill'in geliştirdiği utilitarizm, etikte bir eylemin doğruluğunu etkilediği kişilere getirdiği mutlulukla ölçen bir görüştür. Temelini bu düşünürlerin oluşturduğu ancak günümüzde spesifik olarak hayatın kalitesi olarak karşımıza çıkan bu kavramın mutluluk gibi sübjektif bir değişken üzerinden ölçülmeye çalışılması oldukça zordur.

3.1.2. Sübjektif Sağlık Kavramı ve Ölçülmesi

Objektif sağlık kavramı konusunda uzmanlar arasında bir konsensüs vardır ve bunun ölçülmesi oldukça kolaydır. Hastalığın ortaya çıkmasında uzman kimseler bunu rahatlıkla belirleyebilecekleri gibi, bu hastalık tedavi edildiğinde ya da edilemediğinde ortaya çıkan refah artışı ya da kaybı teşhislerle kolaylıkla belirlenebilir. Ancak sübjektif sağlık kavramında kişinin kendini nasıl hissettiği önemli olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 178).

Bu durumu örnekle açıklayacak olursak, sabahları kalktığımızda kendimizi kötü hissettiğimiz günler az değildir. Bu kötü göstergelerin bir hastalığın ilk belirtileri olduğu konusunda çoğunlukla bir deneyime sahibizdir. Ancak bu tür durumlarda, kişinin kendisini doğrudan hemen bir değerlendirme yapacak bilgiye sahip değildir. Kişi bu koşullarda kendi vereceği hükümlere ve değer yargılarına güvenemez. Ancak, termometre kullanarak ateşini ölçmek gibi basit kontroller yapabilir. Eğer bu basit kontrol işlemleri objektif bir hastalığın belirtisi olmuyorsa ve bu işareti vermiyorsa, normal olarak hastalığımızın olmadığını düşünüp, semptomları ihmal edip işimize gideriz. Bu örnek sağlık ekonomisindeki sübjektif semptomlar ile objektif işaretler

arasındaki geleneksel çelişkiyi işaret eder. Bu durumu tanımlamanın ortak yolu, sosyoloji ve sosyo-medikal literatürde kişinin sübjektif olarak rahatsız olması ancak objektif olarak sağlıklı olmasıyla ifade edilmektedir. Bunu açıklayabilmenin en iyi yolu da sübjektif sağlığın bir türü olan hayatın kalitesi kavramıdır (Mutlu ve Işık, 2005: 179).

Sağlık ekonomisi alanında çalışan araştırmacıların çoğu mutluluk kavramını sağlık ve sübjektif sağlık kavramını temel alarak özellikle bireylerin hayat kalitelerinin ölçülmesinde yaygın bir şekilde kullanmaktadırlar. Aşağıda verilen yöntemlerin tamamı sağlık hizmetleriyle ilgili uygulanabilecek yöntemlerdir. İlk olarak *Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile)* ve *Rosser Instrument* sağlık hizmetleri ile yakından ilişkilidir. Hayatın kalitesinin ölçülmesinde *Kjandi Instrument* ve *Aggernaes'in İhtiyaçları baz alan yaklaşımı (need related instrument)* ise, daha genel bir yaklaşımdır ve sağlık sektörü dışında da kullanım alanı vardır. Bir diğer yaklaşım *Economic Approach'dır* ve *York Okulu* olarak adlandırılmaktadır, uygulamada ise; *Quality Adjusted Life Years (QALY)* olarak kullanılmaktadır (Işık, 1998: 44).

Yaşam kalitesinin sosyal bilimlerde kullanılması tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş; sınırlı sağlık kaynaklarının dağılımı, klinik karar vermenin kolaylaştırılması, bağımsız karar vermesi yönünde hastalara yardım edilmesi amaçları ile çeşitli hastalık durumlarında, farklı tedavi yaklaşımlarının etkinliğinin karşılaştırılmasında ve hastaya uygun tedavi kararlarının verilmesinde yaşam kalitesi araştırmaları yapılmaya başlanmıştır.

Sağlıkta yaşam kalitesinin sağlık bilimlerinde bir sonuç göstergesi olarak yaygın kullanımına karşın gerek kavramsal anlamda gerekse bunu ölçmede kullanılacak en uygun yaklaşımın belirlenmesi konusunda henüz yeterli düzeyde bir fikir birliği sağlanamamıştır. Sağlıkta yaşam kalitesini ölçüm araçları şekil ve görünüm açısından, “*Genel Amaçlı (generic)* ve *Özel Amaçlı (spesific)*” ölçekler olarak iki sınıfa ayrılır. Genel amaçlı ölçütler, Sağlıkta yaşam kalitesini ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda; çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar. Özel amaçlı ölçütler ise, belirli bir duruma veya hastalığa özel veya belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar (Eser, 2012: 3). Prostat kanseri için EORTC QLQ – PR25 ya da engelliler için WHOQOL – DIS örnek olarak verilebilir.

Sağlıkta yaşam kalitesi değerlendirme ölçekleri için bir diğer sınıflama da ölçeğin “*tercihe dayalı*” olup olmamasına göre yapılır. Tercihe daya ölçekler sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan “*Maliyet Yararlanım*” (cost utility) analizlerinde kullanılan ve en önemlisi Kaliteye Uyarlanmış Yaşam Yıllarını (QALY) hesaplamaya olanak tanıyan ölçeklerdir. Sağlıkta yaşam kalitesi 0 ile 1 arasında tek bir puana indirgenir. 0 ölümü, 1 ise tam iyilik halini ifade eder (Eser, 2012: 3).

Yukarıda da belirtildiği üzere sağlıkta yaşam kalitesinin ölçülebilmesi için belli okullarda ve organizasyonlarda çeşitli çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalar sonucunda çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Hastaların sağlıkla ilişkilendirilmiş yaşam kalitesinin ölçülmesi için geliştirilmiş olan ölçeklerden bazıları şunlardır; EuroQoL-5D (EQ-5D), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF), Kısa Form 36 (SF-36), Nottingham Sağlık Profili (NHP), Hastalık Etki Profili (SIP) ve EORTC QLQ-C30.

3.1.2.1. Nottingham Sağlık Profili (NHP)

1981 yılında İngiltere’de Nottingham Üniversitesi, Toplum Sağlığı Bölümü araştırmacıları tarafından geliştirilen ve Nottingham Sağlık Profili olarak adlandırılan bir yaklaşımdır. Bu yöntem subjektif sağlık ölçüm yöntemlerinden birisidir. Bu yöntemde subjektif sağlığı ölçmek amacıyla temel bazı sorular sorulmakta ve daha sonra bu sorulara verilen cevapları standart tıbbi teknikler ile karşılaştırılarak hayatın kalitesi ölçülmeye çalışılmaktadır.

Nottingham Sağlık Profili (NHP), sağlık ve hastalıklar üzerindeki çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. İki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, ağrı, hareket edebilme, duygusal reaksiyonlar, enerji, sosyal izolasyon ve uyku olmak üzere 6 boyut ve 38 evet/hayır şeklinde cevaplanan 38 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm günlük yaşamdaki problemler hakkında 7 genel sorudan oluşmaktadır. SF – 36 ölçeğinde olduğu gibi burada da 0 ile 100 arasında bir yaşam kalite ölçeği oluşturulmuştur. 38 sorudan oluşan Türkçe versiyonu ilk kez 2000 yılında kullanılmıştır (Başer ve diğerleri, 2011: 49).

Sübjektif sağlık ile ilgili araştırmalarda güvenilir bir sonucun elde edilebilmesi için profesyonellerin kullandığı dilden farklı olarak, saha çalışmalarında gündelik hayatta kullanılan dilin kullanılması gerekmektedir. NHP instrument teknik ifadeler

içermemekle beraber kişilerin sağlık durumlarının iyi olup olmadığı konuşma diline özgü kelimelerle ifade etmeleri sağlamaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 183).

3.1.2.2. Hastalık Etki Profili (SIP)

Hastalık etki profili olarak adlandırılan kısa adıyla SIP (The Sickness Impact Profile), NHP'nin bazı eksik taraflarının olduğu düşünülerek ABD'li araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bu yöntem NHP'ye göre kapsadığı alan bakımından daha zengindir.

Hastalık etki profilinin özellikleri aşağıdaki gibidir (Mutlu ve Işık, 2005: 47):

- SIP'in ölçülerinden biri, hastalığın kişinin günlük aktiviteleri üzerindeki etkileri olarak tanımlanmaktadır. Bütün maddeler bundan dolayı NHP yönteminin aksine ilişkiler ve mental durumlar yerine, aktivitelere dayandırılmaktadır.
- Aktiviteler sağlık ve rahatsızlıkla ilişkilendirilmiş ise dikkate alınmakta ve beyanı istenen kimseden bu yönde olumlu bir yanıt beklenmektedir.

SIP yaklaşımında hayatın kalitesinin ölçülmesinin aracı hastalıklar tarafından etkilenme düzeyi olarak ele alınmaktadır. Sağlıkla ilgili 136 maddeden ve 12 bölümden oluşmaktadır. Ölçek, iskemik kalp hastalığının sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ve iyilik durumunun düzenli izlenmesinde uygulanabilir bir ölçek olarak kabul edilmektedir (Demir, 2012: 54).

3.1.2.3. Naes ve Swedish Instrument

Bu yaklaşım Norveçli psikolog Siri Naes tarafından geliştirilmiştir. Kajandi yaklaşımının da temeli Norveçli psikolog Siri Naes'in çalışmasına dayanmaktadır. Uygulamada Kajandi yaklaşımı olarak da adlandırılan Swedish Instrumenti ele alırken öncelikle NHP ile arasındaki farklara bakılacak olursa, kajandi yaklaşımı subjektif sağlığı ölçmek için NHP yönteminden daha geniş bir alanı kapsamaktadır. Bunun yanında yaklaşımın ilk amacı psikiyatrik bakım hizmetleridir (Mutlu ve Işık, 2005: 186).

Naes'in teorisinde hayatın kalitesini belirleyen dört unsur vardır. Bunlar; faaliyet, iyi kişisel ilişkiler, kendine saygı ve mutluluk halidir. Kajandi yaklaşımında ise

üç unsur üzerinde durulmuştur. Bunlar; dışsal hayat şartları, kişiler arası ilişkiler ve iç psikolojik durumdur.

3.1.2.4. İnsan İhtiyaçları Yaklaşımı ve Aggernaes

İnsan ihtiyaçları denilince ilk akla gelen isimlerden biri kuşkusuz ki Maslow ve çalışması, insan ihtiyaçları hiyerarşisidir. Maslow, gereksinimleri fizyolojik(nefes, besin, su, cinsellik, uyku, denge, boşaltım), güvenlik(vücut, iş, kaynak, etik, aile, sağlık, mülkiyet güvenliği), ait olma(kendine saygı, güven, başarı, diğerlerinin saygısı, başkalarına saygı), saygınlık ve kendini gerçekleştirme gereksinimi (erdem, yaratıcılık, doğallık, problem çözme, ön yargısız olma, gerçeklerin kabulü) diye beş kategoriye ayırmaktadır. Maslow'a göre bir kişinin temel ihtiyaçlarının tatmin edilmesi demek, yukarıda belirtilen ihtiyaçların kesin ve tam olarak tatmin edilmesine bağlıdır (Maslow, 1970: 38-172).

Aggernaes'in teorisinde hayatın kalitesi, ihtiyaçlar çerçevesinde tanımlanmıştır. Aggernaes'e göre bir kişinin ihtiyaçlarının en iyi şekilde tatmin edilmiş olması, o bireyin hayat kalitesinin üst düzeyde olduğunu gösterir. Temel ihtiyaçlar, bugüne kadar incelenmiş kültürlerde yaşayan insanların ihtiyaçlarıdır. Ancak bu ihtiyaçların tatmin edilmemesi durumu insanlara kendini bir çeşit acı ya da hayat kalitesinde düşüş şeklinde gösterecektir. Aggernaes'in teorisine olumlu eleştirilerin yanında olumsuz eleştiriler de vardır. Aggernaes'in teorisine gelen eleştiriler, bir ihtiyacın tatmin edildiğinin düşünülebilmesi için hangi şartların yerine gelmesi gerektiği noktasında tam olarak bir açıklık getirilmemesine gelmektedir (Liss, 1994: 72).

3.1.2.5. Ekonomik Yaklaşım “Quality Adjusted Life Years” ve York Okulu

York Okulu yaklaşımı ekonomik bir yaklaşım olması sebebiyle diğer yaklaşımlardan ayrılmaktadır. Sağlık alanında hayatın kalitesi ve sağlığın ölçülmesinde kullanılan bu yaklaşım ekonomik yaklaşım olarak da adlandırılmaktadır. Rachel Rosser tarafından ortaya atılmış daha sonra Alan Williams ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bu yaklaşım York Yaklaşımı olarak ele alındığı gibi, “Kaliteye Endekli Yaşam Yılı” (Quality Adjusted Life Years, kısaca QALYs ya da QALY olarak kullanılmaktadır) olarak da kullanılmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005:192).Quality Adjusted Life Years, kaliteye endekli yaşam yılı (QALY), sağlıkta iyileşme derecesi ve iyileşmenin oluşturduğu zaman aralığı ve yaşam yılında herhangi bir artış da dahil

olmak üzere tıbbi tedavilerin ve müdahalelerin performanslarının sonucundaki iki önemli boyutu tek bir ölçü halinde çıkaran bir sağlık indeksidir.

Qaly hayatın kalitesi temelinde iki kavram üzerinde yoğunlaşmıştır; yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi (Oliver, 2005: 32). QALY sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin bir ölçüğüdür. Bu terim, İngilizce ‘kaliteye endeksli yaşam yılı’ anlamına gelen sözcüklerin kısaltmasından oluşmuştur. Bu ölçekte, mükemmel sağlık durumunda geçirilmiş bir yıl “1 QALY” olarak ifade edilir, mükemmelden kötü sağlık durumlarında geçirilen bir yıl ise, sağlık durumunun ciddiyetine göre 0 ile 1 arasındaki değerler olarak ifade edilir. Örneğin tekerlekli sandalyede geçirilen bir yıl 0,5 qaly olarak ifade edilebilir. Ölüm durumu ise (bazı özel durumlar dışında) 0 ile ifade edilir. Ayrıca, QALY’ler hemen her sağlık durumunu ifade etmede kullanılabileceğinden, hem aynı hastalık için var olan tedavilerin birbirleriyle karşılaştırılmasında, hem de farklı hastalıklar için önerilen tedavilerin birbirleriyle karşılaştırılmasında kullanılabilir. Bu nedenle QALY’ler bir çok ülkenin geri ödeme sistemlerindeki karar alma süreçlerinde sıklıkla kullanılmaktadır (Fidan, 2010: 55).

3.1.2.6. EuroQol – 5D (EQ-5D)

Qaly değerlendirmelerinde en sık kullanılan jenerik kompozit ölçeklerinden biri EQD yada Euroqol’dır. Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu, Şekil 3.1 ‘de görüldüğü gibi bu ölçek; sağlık durumunu, ‘hareket edebilme’, ‘kendi kendine bakabilme’, ‘olağan işleri yapabilme’, ‘ağrı /rahatsızlık’ ve ‘endişe/moral bozukluğu’ olmak üzere 5 başlık altında değerlendirmektedir.



Şekil 3.1. EQ-5D Sağlık Durumunu Değerlendirme Boyutları(Rabin ve Diğerleri, 2011: 7)

EUROQoL (EQ5D) ölçeğinde şekil 3.1'deki her başlık için bireylere üç basit seçenek (1 = sorun yok, 2 = bir miktar sorun var, 3 = ciddi sorun var) sunulur. Kullanımı ve yorumlanması kolay, ulusal ve uluslararası farklı çalışmalardan elde edilecek sonuçların karşılaştırılmasına olanak sağlayacak kısa ve basit bir ölçek olarak tasarlanan EQ5D, 243 farklı sağlık durumunu değerlendirebilmektedir. EQ5D Türkçe de dahil olmak üzere 60'tan fazla dile çevrilmiştir. Ancak skorların hesaplanmaları için gerekli olan "sosyal tercih skorları" Türkiye toplumu için adapte edilmediğinden Qaly hesaplanması ancak yabancı ülkeler için var olan skorlama sistemleri ile yapılabilir. Bu da Türkiye'de yaşayan insanların yargı, öncelik ve seçimlerini birebir yansıtmadığından sorunlu görülmüştür (Fidan, 2010: 55).

3.1.2.7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)

Bir uzun formu (100 soru) bir de kısa formu (26 soruluk WHOQOL - BREF) olan bu ölçek, önce 15 merkezde başlayan, daha sonra Türkiye'nin de içinde olduğu 40'dan fazla ülkenin dahil olduğu çok merkezli bir proje çerçevesinde geliştirilmiştir. Çok merkezli bir geliştirilme sürecine sahip olması ve kültürel çapraz geçerliliği olması bu ölçeği güvenilir kılmaktadır. Uzun form, bedensel, psikolojik, sosyal ilişkiler, bağımsızlık düzeyi, çevre ve kişisel inançlar olmak üzere 6 boyuttan oluşmaktadır. Kısa ölçek ise bedensel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarını içermekte olup ayrıca, her kültüre özel soruları içinde barındırmaktadır

3.1.2.8. Kısa Form 36 (SF – 36)

Fiziksel işlevsellik, ağrı, sosyal işlevsellik, fiziksel ve duygusal rol güçlükleri, canlılık, ruhsal sağlık, canlılık ve genel sağlık algılaması olmak üzere 8 boyuttan oluşmaktadır. SF – 36, en çok kullanılan, genel, sağlıkta hayat kalitesi ölçeğidir. SF – 36 yaşam kalitesi anketi spesifik bir hastalığı ölçmeyip genel olarak bütün hasta gruplarına uygulanabilmektedir. Burada anket sorularına 0'dan 100'e kadar kodlama yapılmaktadır. "0" en kötü sağlık durumunu, "100" ise en iyi sağlık durumunu göstermektedir (Hansson ve Diğerleri, 2004: 3).

3.1.2.9. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QOL – C30)

Sağlığa endeksli hayatın kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda daha önce belirttiğimiz ölçekler genel ölçek grubuna girmektedir. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Qol Questionnaire) ise özel geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçekleri arasında yer almaktadır. Onkolojik değerlendirmelerde çoğunlukla bu ölçek kullanılmaktadır. 1962 Yılında Henri Tagnon Avrupa'daki klinik araştırmaların Avrupalı uzman bir grupla birlikte Avrupa Kanser Kemoterapisi Grubunu Kurmuştur. 1968 Yılında bu girişim Brüksel merkezli EORTC'ye dönüşmüştür.

Çoğunlukla spesifik kanser vakaları üzerinde uygulanan bu ölçeğin genel anketi C-30, 30 sorudan ve üç ana boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar, fiziksel işlevsellik, rol işlevselliği, duygusal işlevsellik, bilişsel ve sosyal işlevsellikten oluşan fonksiyonel boyut; yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştahsızlık, kabızlık, ishal ve hastalığın maddi etkisinin bulunduğu belirti (semptom) boyutu ve genel sağlık durumunun yanında yaşam kalitesi ölçeği boyutudur. Belirtilen ilk iki boyut 28 soruyu oluştururken genel yaşam kalitesi ve sağlık durumu boyutu ise son iki soruyu oluşturmaktadır. C-30 anketinin yanında spesifik bir kanser hastalığı üzerinde yaşam kalitesi çalışması yapılacaksa, buna ek olarak daha spesifik ölçekler eklenmektedir. Örneğin akciğer kanseri hastaları için EORTC QLQ C-30'un yanında bir de QLQ-LC13 modülünün de uygulanması gerekmektedir. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü'nün spesifik olarak, yumurtalık kanseri (QLQ- OV28), kolon kanseri (QLQ-CR38), mide kanseri (QLQ-STO22), mesane kanseri (QLQ-BLsup24, QLQ-BLmi30),

beyin tümörü(kanseri) (QLQ-BN20), prostat kanseri (QLQ-PR25) gibi bir çok kanser tipi ile ilgili ölçekleri vardır. Bu ölçeklerin birçoğunun Türkçe versiyonu da bulunmaktadır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Bu çalışmanın literatür taraması için çeşitli indeksler taranmış, Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi ile ilgili literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Özellikle hayatın kalitesinin ölçülmesi ile ilgili yapılan taramalarda, 1959'dan günümüze konuyla ilgili araştırmaların gün geçtikçe katlanarak arttığı gözlenmiş ve konuyla ilgili Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)' te yapılan taramaya göre, 181217 çalışmaya rastlanılmıştır. Bunların içinde Türkiye'de yapılan çalışmaların sayısı oldukça düşüktür. Türkiye'de 1990'lı yıllarda başlayıp özellikle 2000'li yıllarda söz konusu araştırmalarda bir artış meydana gelmiştir.

Sağlığa dayalı hayatın kalitesinin ölçümünde birçok ölçüt kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları genel ölçütler, bazıları ise belirli hastalıklar üzerinde yoğunlaşan yani; spesifik ölçütlerdir. Genel ölçeklerden en yaygın olarak kullanılanları Dünya Sağlık Örgütü Ölçeği, SF – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili ve Hasta Etki Profili'dir. Bu çalışmada kullanılacak ölçüt konusunda Öksüz ve Malhan (2005)'in Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi, Kalitemetri adlı çalışmasından ölçümleri etkileyen faktörlerin varlığı ve bunların açıklamasından etkilenilmiştir. Yaşam kalitesi araştırmalarında dikkat edilmesi gereken noktaların belirtilmesi noktasında, Eser(2012)'in Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi adlı esrinden etkilenilmiştir. Ayrıca 4 Mayıs 2012'de Manisa'da düzenlenen "Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi" adlı sempozyumda sunulan çalışmalar, bu araştırmanın uygulama kısmı için oldukça yararlı olmuştur.

Bu çalışmada yaşam kalitesi ölçümü için kullanılan anket Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Merkezi Yaşam Kalitesi C – 30 anketidir. İçinde fonksiyonel, semptom ve hayat kalitesi boyutları bulunan bu ölçeğin kullanılmasında etkili olan, Pamuk ve diğerleri (2008) tarafından yapılan, Assesment in Turkish Patients with Hemotological Malignancies: Association with Anxiety and Depression adlı çalışmanın çok değişkenli analizi sonucunda EORTC QLQ'nun rol fonksiyonu, bilişsel fonksiyon ve duygusal fonksiyon skalaları skorlarının genel hayat kalitesi üzerine olumlu etki eden

bağımsız faktörlerin saptanması olmuştur. Bunun yanında “Meme Kanseri Hastalarında Meme Koruyucu Cerrahinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” adlı çalışmada (Zanapalıoğlu vd.,2009) tedavinin uygulanmasından sonra EORTC QLQ C30 ve QLQ – BR23 anket formları uygulanarak, uygun hasta grubuna, meme koruyucu tedavi yaklaşımının önerilerek hastaların yaşam kalitelerinin daha çok korunabildiği sonucuna varılmıştır. Güzelant ve arkadaşları (2004)’nın çalışmasında Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Merkezi Yaşam Kalitesi EORTC QLQ C30 ölçeğinin uygulanabilir ve güvenilir olduğu sonucuna varılmış, Demirci ve arkadaşları (2011)’nin da söz konusu ölçeğin yanında BR23 modülünün de uygulanabilir bir ölçek olduğu çalışmaları sonucu ortaya çıkmıştır. Cankurtaran ve arkadaşları (2008)’nin yaptığı çalışmada da EORTC QLQ – C30 anketinin Türkiye’deki kanser hastalarına uygulanabilir ve güvenilir bir enstrüman olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık harcamalarının sağlığa dayalı yaşam kalitesi üzerindeki etkinin ölçülmesi için harcama analizinin yanında, genel anlamda hastaların hayat kalitesinin ne derecede olduğu bilgisi yeterli olacaktır. Hastaların kişilik değişkenleri, adaptasyonu ve yaşam tecrübelerinin sorulan sorulara verilecek cevapları etkileyeceği düşüncesiyle, kısa ve anlaşılır bir ölçeğin kullanılması daha doğru olacaktır. Nitekim EORTC QLQ C-30 ölçeğinin tercih edilmesinin nedeni de yukarıdaki açıklamalara bağlı olarak; anlaşılır, kısa ve uygulanmasının basit olmasıdır.

Bu çalışmada EORTC C-30 anketi kullanılmış olup, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde 100 hasta üzerinden değerlendirme yapılmıştır. EORTC QLQ C-30 anketinde, hastalara yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla likert ölçekli 28 sorunun yanında, hastaların genel sağlık durumunun ve hayat kalitelerini nasıl değerlendirdiklerinin sorulduğu 1’den 7’ye kadar değer verilen 2 soru olmak üzere toplam 30 soru sorulmuştur. Çalışmaya 44 (%44) erkek ve 56 (%56) kadın olmak üzere 100 hasta dahil edilmiştir. Çalışmada dahil edilen grubun en genç hastası 18 yaşında, en yaşlı hastası ise 75 yaşında olup toplam hastaların yaş ortalaması 57’dir.

Söz konusu likert ölçekli soruların güvenilirliğini ölçmek amacıyla güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenilirlik analizine ilişkin bulgulara göre alfa katsayısı 0,899 olup güvenlidir. Ölçeğin fonksiyonel boyutu ve semptom (belirti) boyutuna bağlı olarak sorulan sorulara (1-28) 0’dan 1’e kadar aşağıda belirtildiği gibi değerler verilmiştir.

Hiç	1
Biraz	0,75
Oldukça	0,50
Çok	0,25

Yukarıdaki tabloda 1'den 0'a yaklaştıkça hayat kalitesinde bir düşüş gerçekleştiği anlaşılabacaktır. "1" mükemmel sağlık, "0" ise ölüm anlamına gelmektedir. Dolayısıyla NHP ölçeğine göre hastaların sağlık durumunu değerlendirirken, 0'dan 1'e yukarıdaki gibi değerler verilerek analiz yapılmıştır. İlk 28 soru skalasında 0'dan 1'e kadar değer verilmişken hastaların genel sağlık durumlarının ve hayat kaliteleri değerlendirmelerinin sorulduğu 29. ve 30. sorularda 1'den 7'ye kadar değerler mevcuttur. "1" sağlık durumunun çok kötü olduğunu, "7" ise mükemmel sağlık durumunu ifade etmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi hastalara yöneltilen sorular üç ayrı boyuttan oluşmaktadır. Bunlar fonksiyonel, belirti ve genel sağlık durumu ve yaşam kalitesinin sorulduğu boyutlardır. Hastaların fiziksel, rol, duygusal, bilişsel ve sosyal işlevselliklerinin sorulduğu fonksiyonel boyuttaki veriler aşağıdaki gibi sonuçlanmıştır.

Fiziksel işlevsellikle ilgili sorulara ortalama 0,77'lik bir sonuç çıkmaktadır. "0"ın ölüm "1" in ise mükemmel sağlık durumunu gösterdiği düşünülecek olursa, fonksiyonel işlevsellik açısından hastaların sağlık durumunun iyi olduğu söylenebilir. Günlük ve boş zaman aktivitelerini yapmaktan alıkoyan her hangi bir durumun varlığıyla ilgili yöneltilen rol işlevselliği sorularından çıkan 0,82'lik bir oran; hastaların çoğunlukla günlük aktivitelerini yerine getirebildikleri ve boş zaman aktivitelerini yerine getirmekte herhangi bir engelle karşılaşmadıklarını göstermektedir.

Diğer işlevsellik sorularına göre, en düşük ortalama, 0,765 ile duygusal işlevsellik (endişelenme, kızgınlık, gerginlik, bunalıma girme) ve 0,775 ile bilişsel

işlevsellik (odaklanma ve hafıza) sorularında ortaya çıkmıştır. Ankete katılan bireylerin bazılarında hastalıklarının etkisiyle psikolojik olarak etkilendiği ve odaklanmada ve bazı şeyleri hatırlamada güçlük çektikleri gözlenmiştir.

Hastaların fiziksel durumlarının veya tedavilerinin sosyal ve aile yaşantılarına bir etkide bulunup bulunmadığının sorulduğu sosyal işlevsellik ölçeğinde sonuç 0,83 çıkmış; bu da hastaların fiziksel durumu ya da tedavilerinin sosyal ve aile yaşantılarına çok fazla etkisinin olmadığını göstermektedir.

Hastalara ağrı ve bu ağrıların günlük aktiviteleri etkileme durumu, güçsüzlük, bulantı, kusma, uykusuzluk, yorgunluk gibi konularda yöneltilen sorularda, hastaların genel olarak verdikleri cevaplar analiz edilmiştir. Ölçeğimizde 0,769'luk bir ortalamaya sahip olan semptom boyutunda, hastaların yukarıdaki şikayetlere çok fazla maruz kalmadığı ortaya çıkmıştır.

Hastaların fiziksel durumunun ve tedavilerinin maddi açıdan hastaları etkileme derecelerinin sorulduğu soruda, hastaların % 7'si çok etkilendiğini aynı şekilde % 7'si oldukça etkilendiğini, % 23'ü biraz etkilendiğini ve % 63 'ü hiç etkilenmediğini belirtmiştir. Maddi açıdan etkilenme boyutunun 0,14 olduğu bu ölçekte, hastaların fiziksel durumlarının ya da tedavilerinin maddi açıdan kendilerini zor durumda bırakmadığı gözlenmiştir.

Ölçeğin üçüncü kısmı genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi boyutudur. Ölçeğin bu boyutunda, hastalara yöneltilen iki sorudan birincisi, geçen yılki genel sağlık durumlarının ve yaşam kalitelerinin nasıl olduğu ve ikinci soruda ise yaşadığımız zamanki sağlık durumu ve yaşam kalitelerinin nasıl olduğu ile ilgilidir. Yukarıdaki anketin iki boyutunun ölçümü için "0" ile "1" arasında bir ölçek kullanılmıştır. Ancak araştırmanın bu boyutunda "1" ile "7" arasında bir ölçek kullanılmıştır. "1" sağlık durumunun çok kötü olduğunu, "7" ise mükemmel sağlık durumunu ifade etmektedir. Anketimizde hastalara geçen yıla ilişkin sağlık durumuyla ilgili yöneltilen soruda 4,10'luk bir ortalama ile karşılaşılmıştır. Bu yılki sağlık durumuyla ilgili olarak sorulan diğer soruda ise 4,34'lük bir ortalama ile karşılaşılmıştır. Bu durum; ankete katılan hastaların geçen yıla göre sağlık durumlarında pozitif bir iyileşmenin olduğunu göstermektedir.

SONUÇ

Sağlıklı bireylerin olduğu ve sağlık hizmetlerinin eşit ve yaygın bir biçimde sunulduğu topluma ulaşmak, ülke yönetimlerinin temel hedefleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle sağlık konusu ulusal düzeyde, ekonomik, sosyal ve kültürel koşullar çerçevesinde bir bütün olarak ele alınan konular arasındadır.

Sağlık, bireylerden başlayıp tüm toplumu ilgilendiren önemli bir olgudur. Devletin bireye sağladığı sağlık hizmetinin olumlu dışsallık yayması nedeniyle bütün topluma yayılması ya da böyle bir hizmetin yerine getirilmemesinin yarattığı tehlikeler, sağlık hizmetlerinin ne derecede önemli olduğunun bir kanıtıdır.

Sağlık hizmetlerinin üretilmesi sonucunda elde edilen fayda hem bireysel hem de toplumsal bir nitelik taşıdığından, yapılan sağlık harcamalarının hangi birimler tarafından (kamu/özel) gerçekleştirileceği konusu önem kazanmaktadır. Toplum nezdinde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı çerçevesinde, devlet tarafından yerine getirilmesi gerektiği hususunda bir konsensüs mevcuttur. Ancak küresel ekonomilerin ülkemizde de etkisini gösterdiği günümüzde, sağlık hizmetlerinin gittikçe özel bir mal ve hizmet haline dönüştürülmeye çalışıldığı eleştirileri gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle performansa dayalı ek ücretlendirme sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde geliştirilen yeni uygulamalar, sağlıkta piyasanın etkinliğini arttırdığını düşündürmektedir. Genel Sağlık Sigortasının sonucunda belli bir gelir diliminin altında kalanların sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması ve performansa dayalı ücretlendirme sisteminin getirdiği muayenehanelerde bekleme sürelerinin oldukça azalması, kuşkusuz sosyal devlet anlayışına yakışır nitelikte bir durumdur. Ancak düşük gelir ve orta gelirli gruplar arasında kalanların sağlık primlerinin ödenmesinde herhangi bir gecikme yaşanması durumunda bu grupların sağlık hizmetinden yararlanması engellenebilecektir. Genel Sağlık Sigortası ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasının ilk yıllarında bu tür adaletsizliklerin yaşanabilmesi normal kabul edilebilir, ancak bu tür problemlerin çözülmesi gerekmektedir.

Türkiye’de sağlık harcamalarının yıllar itibariyle neredeyse her yıl bir artış eğilimi içerisinde olduğu daha önce belirtilmişti. Dünya bankası, OECD ve TÜİK’in verilerine dayanılarak yapılan analize göre Türkiye’nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı 2007’de 6.0, 2008’de 6.1, 2009’da 6.7 ve 2010’da 6.7 olarak gerçekleşmiştir. Bu verilere Türkiye OECD ortalamasının altında kalmaktadır. Ancak gittikçe bir artış eğilimi göstermesi ve sağlıkta harcamaları arttıracak gelişmelerin meydana gelmesi gerçeğinden yola çıkılarak 2011 ve 2012 yıllarında da bir artış olacağı öngörülebilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yapılan bazı değişikliklerin, özellikle teşkilat yapılanmasındaki değişikliklerin 2012’de uygulamaya geçmesi ve sağlıkta doktorlara yönelik performansa dayalı ek ücretlendirme sistemine geçilmesi durumunun sağlık harcamalarını arttırıcı nitelikte olacağı düşünülmektedir.

Sağlıkta harcamaların artması her zaman daha iyi bir sağlık statüsünün olacağı anlamına gelmemektedir. Dünyada daha az sağlık harcaması yapıp, daha fazla sağlık harcaması yapan diğer ülke gruplarından daha fazla sağlık statüsü elde eden ülkeler mevcuttur. Bu da gösteriyor ki sadece sağlık harcamaları sağlık statüsünde bir ölçüt değil, aynı zamanda bu harcamaların verimli bir şekilde kullanılması önemli bir husustur.

Bu çalışmada yapılan sağlık harcamalarının bireylerin sağlığa dayalı yaşam kalitelerinde yaptığı etki ölçülmeye çalışılmıştır. Bundan dolayı hastalar üzerinde ampirik bir araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Merkezi (EORTC C-30) ölçeği kullanılarak Pamukkale Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde yapılan çalışmada, bireylerin üç boyutta sağlık durumlarına yönelik sorular sorulmuştur. Fonksiyonel, belirti (semptom), genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi boyutuyla hastalardan elde edilen bilgilere göre; bir önceki yıla göre pozitif yönde bir iyileşmenin olduğu gözlenmiştir. Bu pozitif iyileşmenin yanında daha önce de belirtildiği gibi toplam sağlık harcamalarının 2011 ve 2012 yılı için bir artış öngörüsü mevcut idi. Bu bilgilerden yola çıkarak sağlık harcamalarındaki artışın az da olsa hastaların hayat kalitelerinde bir iyileşmeye neden olduğu söylenebilmektedir.

Bu çalışmadaki sonuçlarda, yukarıda detaylı olarak anlatıldığı gibi hastaların genel sağlık durumları ve hayat kaliteleri ile ilgili durumun sanki tedavi sonucunda ve öncesinde çok fazla bir problemlerinin olmadığı ortaya çıkmaktadır. Sübjektif sağlık

ölçümlerinde hastalara yöneltilen sorulara verilen cevaplar, bireylerin eğitim, kültür düzeyi, maddi durumu vb. yaşam koşulları ile ilgili özelliklerden dolayı değişkenlik gösterdiğinden, bu tür çalışmalarda sorulan soruların bireylerin özelliklerine göre şekillenmesi gerekmektedir. Ayrıca bu tür çalışmaların daha geniş bir zamanı kapsayacak bir şekilde belli zaman aralıklarıyla ve spesifik bir hastalık üzerinde yapılması daha gerçekçi sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır. Nitekim çalışmada da kullanılan Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Merkezi C-30 ölçeğinin yanında söz konusu organizasyonun ve diğer birçok merkezin birçok hastalık türü ile ilgili çalışma yapılabilecek nitelikte araştırma ölçeği vardır. Bu tür çalışmaların daha gerçekçi bir yapıya kavuşturulmaları ve sağlığa dayalı hayatın kalitesinin ölçülmesi için kuşkusuz ki seçilen hastaların geçmişteki durumlarının da gözlemlenmesi gerekmektedir. Yani hastaların daha uzun sürelerde gözlemlenmesi ve verilerin ona göre toplanması gerekmektedir. Bunun yanında sağlığın ekonomik boyutuyla ilgili toplam sağlık harcama verilerinin de ulaşılabilir olması gerekmektedir.

Sağlık harcamalarının sağlığa dayalı yaşam kalitesi üzerinde bir etkinin olduğu kanısı anket sonuçlarında ortaya çıkmıştır. Ancak, sadece harcamalar etkili olmamaktadır. Daha önce bahsedildiği gibi bu harcamaların miktarından çok etkin kullanımın önemselenmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Akça, H. (2011). Devleti Ekonomiye Çeken Faktörler, Kamu Maliyesi, Editör: Ekrem Karayılmazlar, Lisans Yayıncılık, İstanbul.
- Akdağ R. (ed), *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003 – 2010)*, Ankara.
- Akdoğan A. (2007). *Kamu Maliyesi*, Gazi Kitabevi, 12. Baskı, Ankara.
- Akdur, R. (2005). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, www.recepakdur.com/getfile.asp?file=ab_turkiye_kiyaslama.pdf, Erişim Tarihi, 17.03.2012.
- Aktan, C.C., Işık A. (2007). *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler*, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Editörler: Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran, Aura Yayıncılık, İstanbul, s.10-21.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:64, s.33-58.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *The American Economic Review*, Vol. 53, No:5, s.941-973.
- Aydın, E. (2002). Türkiye Cumhuriyeti’nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri, *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, Cilt:31, Sayı:3, s.183-192.
- Başer, M., vd.(April 2011). The Psychometric Assessment of the Nottingham Health Profile for Menopausal Women in Turkish Society, *International Journal of Nursing and Midwifery*, Vol. 3(4), pp. 48-54.
- Batirel Ö.F. (1990). *Kamu Maliyesine Giriş*, İstanbul İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Nihad Sayar Yayın ve Yardımlaşma Vakfı, İstanbul.
- Batirel, Ö.F. (1991). Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşımlar, *İstanbul Üniversitesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, Sayı:34.
- Belek İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi (Sosyal Devletin Çöküşü)*, Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Brown, I. (1996). *The Quality of Life of Marginal Citizens*, Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation, Editörler: Brown I. vd, Sage Publication, London, pp.204-216.

- Brown I.Vd. (1996). *The Centrality of Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*, Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation, Editörler: *Brown I., vd.*, Sage Publication, London, pp.3-12.
- Buchanan, J. M. (1999). *The demand and Supply of Public Goods*, Liberty Funds, Inc., United States of America.
- Bulutoğlu K. (1971). *Kamu Ekonomisine Giriş (Kamu Hizmetlerinin İktisadi Tahlili)*, Sermet Matbaası, İstanbul.
- Burgess R. and Stern (2007). *Vergileme ve Kalkınma*, Çeviren: Mustafa Durmuş, Maliye Dergisi, Sayı:152, s.1-59.
- Cankurtaran, E.S. (2008). Understanding the Reliability and Validity of the EORTC QLQ – C30 in Turkish Cancer Patients, *European Journal of Cancer Care*, 17(1), pp.98-104.
- Charles W. (1993). *Markets or Governments, Choosing between Imperfect Alternatives*, MIT Press, Cambridge.
- Çelik Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Çilingiroğlu, N. (1995). Sağlık Ekonomisi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Editörler: Bertan M. ve Güler Ç., Güneş Kitabevi, Ankara, s.189-421.
- Çoban, H. (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*, (Basılmamış Doktora Tezi) Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Demir Korkmaz, F. (2012). Kalp Damar Cerrahisinde Yaşam Kalitesi, Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu (4 Mayıs 2012), Manisa, s.52-59.
- Demirci vd. (2011). Validation of the Turkish Versions of EORTC QLQ – C30 and BR23 Modules in Breast Cancer Patients, *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*, Vol:12, No:5, s.1283-1287.
- Dinler Z. (1998). *Mikro Ekonomi*, Ekin Kitabevi Yayınları, 12. Baskı, Bursa.
- Dirican R. ve Bilgel N. (1993). *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*, Uludağ Üniversitesi İ.İ.B.F. İşletme İktisadi ve Muhasebe Araştırma ve Uygulama Merkezi No:71, 2.Baskı, Bursa.
- Eser E. (2012). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi, Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu (4 Mayıs 2012), Manisa, s.2-4.
- Feldstein, P.J. (2007). *Health Policy Issues, An Economic Perspective*, AuphaPress, Fourth Edition, Washington D.C.

- Fidan D. (2010). Ulusal Yaşam Kalitesi Skorlarının Hesaplama Çalışmaları: Farklı Ülkelerden EQ5D Örnekleri, 3. *Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi*, AKM, İzmir, s.55-56.
- Fişek, N. (1991, Aralık). Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Sayı:48, 2-4.
- Fuchs W.R. (1998). *Who Shall Live, Health Economics and Social Choice (expanded edition)*, World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd.,Singapore.
- Getzen T. (2007). *Health Economics and Financing*, 3rd. Edition, John Willey and Sons, Inc. USA.
- Güleç H. K. ve Özata M. (2005). *Sağlık Bilişim Sistemleri*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Güzelant, A. vd. (2004). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ – C30: an Examination into the Cultural Validity and Reliability of the Turkish Version of the EORTC QLQ – C30, *European Journal of Cancer Care*, Vol:13, Issue:2, pp. 135-144.
- Hansson, C. W. vd.(2004 February). A Comparison of the Nottingham Health Profile and Short Form 36, Health Survey in Patients with Chronic Lower Limb Ischaemia in a Longitudinal Perspective, *Health and Quality of Life Outcomes*, Biomed Central, pp.2-9.
- Işık, A. (1997). *Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çevresi*(Yayınlanmamış Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Işık, A. ve Meriç, M. (2010, Ocak). Hayatın Kalitesi (Quality of Life) Kavramının Felsefik Temelleri Aristo, Bentham ve Nordenfelt, *Ege Akademik Bakış*, Sayı:1, Cilt:10, s.421-434.
- Kavuncubaşı Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kirmanoglu H. (2009). *Kamu Ekonomisi Analizi*, Beta Basım Yayım, İstanbul.
- Kökocak A. (2011). *Kamu Ekonomisi*, Ekin Kitabevi, Bursa.
- Kurtulmuş, S. (1996). *Sağlık Ekonomisi* (Yayınlanmamış Doçentlik Tezi), İstanbul.
- Kurtulmuş S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Kutbay, E. (2002). Sağlık Reformlarının Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye, *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, Yıl:3, Sayı:11-12, s.33-35.

- Liss, P. – E. (1994). On Need and Quality of Life, Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care, Edited by: Lennart Nordenfelt, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- Maslow A. H. (1970). *Motivation and Personality*, 2nd. Ed., Harper & Row Publishers, New York.
- McGuire T.G. (2000). Physician Agency, Handbook of Health Economics, Edited by: Antony J. Culyer and Joseph P. Newhouse, Volume 1A, Elsevier, Netherlands, pp.462-528.
- Metintaş M. Y., Elçioğlu Ö. (2007). Cumhuriyetin İlk On beş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923 – 1938), *Osmangazi Tıp Dergisi*, Cilt:29, Sayı:3.
- Mollahaliloğulları S. vd. (2007). Türkiye’de Sağlık Reformları Süreci, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, s.243-286.
- Musgrave R. E. (1958), *Kamu Ekonomisi Alanında Bir İnceleme*, Çevirenler: Orhan Şener – Yaşar Methibay, Asil Kitabevi, İstanbul.
- Mutlu, A. (2006). Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları, *Maliye Dergisi*, Sayı:150, s.53-78.
- Mutlu A., Işık A. (2005). *Sağlık Ekonomisi*, Ekin Kitabevi, Bursa.
- Nordenfelt L. (1993). *Quality of Life, Health and Happiness*, Avebury Ashgate Publishing Limited, Hants, England.
- OECD Health Data, November 2011, www.oecd.org
- Oliver J., vd. (2005). *Quality of Life and Mental Health Services*, Taylor & Francis E-Library, Acutledge, London.
- Öksüz E., Malhan S. (2005). *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri*, Başkent Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Öner E. (1986). *Kamu Maliyesi-1*, Maliye Bakanlığı Araştırma ve Planlama ve Koordinasyon Kurulu, Basım No:1986/282, Ankara.
- Özbay, H. vd. (2007). Sağlık Sektörü Finansmanı, Editörler: Mollahaliloğlu S. vd., Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, s.178-209.
- Öztürk, M. (1999). Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt:6 (1), s.37-41.

- Pamuk, G.E. (2008). EORTC QLQ – C30 Assesment in Turkish Patients with Hemotological Malignancies Association with Anxiety and Depression, *Ann Hematol*, 87(4), pp.305-310.
- Parasız İ. (1994). *Mikro Ekonomi*, Ezgi Kitabevi Yayınları, Beşinci Baskı, Bursa.
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası ve Getirdiği Yenilikler, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:61, s.119-138.
- Penner, S.(2003). *Introduction to Health Care Economics and Financial Management: Fundamental Concepts with Practical Application*, Philadelphia Lippincolt Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer Company.
- Pınar, R. (2012). Türkiye’de Hemşirelik Alanında Yaşam Kalitesi, Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu (4 Mayıs 2012), Manisa, s.5-10.
- Rabin, R., vd. (2011, April). EQ-5D-3L User Guide Basic İnformation on How toUsethe EQ-5D-3L İnstrument, EuroQol Group Executive Office, Rotterdam, www.euroqol.org.
- Rapley M. (2003). *Quality of Life Research, a Critical Introduction*, Sage Publication, London.
- Rosen H. S. (2002). *Public Finance* (6th. edition), Irwin / McGraw Hill, Singapore.
- Sargutan, E. (2005), Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:8, Sayı:3, s.401-428.
- Sayım F. (2011). *Sağlık Piyasası ve Etik, Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık Piyasasının Yapısında Etik*, MKM Yayınları, İstanbul.
- Schalock, R. L. (1994). Promoting Quality Through Quality Enhancement Techniques and Outcome Base Evalualiton, *Journal on Developmental Disabilities*, 3(2), Vol:1-16.
- Stiglitz J. E. (1994). *Kamu Kesimi Ekonomisi*, Çeviren: Ömer Faruk Batırel, Marmara Üniversitesi Yayın No:549, İİBF Yayın No:396, İstanbul.
- Sur, H. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Geçmişi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (Erişim Tarihi: 22.04.2012)
- Şener O. (1996). *Kamu Ekonomisi*, Beta Yayınevi, 1996
- Tekin, F. (1987, Haziran). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, *Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt:5, Sayı: 3, Eskişehir, s.177-216.
- Tengilimoğlu D. vd. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Tokgöz, E. (1987). İktisat Biliminin Yeni Uygulama Alanı: Sağlık Ekonomisi, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, Cilt:45, Sayı:1-4, s.12-20.

- Toprak, İ. (1982). *Sağlık İhtiyaç ve Hastalık Sigortası* (Yayınlanmamış Doçentlik Tezi), Erzurum.
- Türk Tabipler Birliği Yayınları (2007, Haziran). *Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Bir Yaklaşım*, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2010, Şubat). *Sağlık Harcama İstatistikleri 2007*, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (2011, Şubat). *Sağlık Harcama İstatistikleri 2008*, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2012, Nisan), *Türkiye İstatistik Yıllığı 2011*, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
- Uz, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*, Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur, Yüce Yayım, İstanbul.
- Wolfensberger, W. (1994). Lets Hag Up 'Quality of Life' As a HopelessTerm: In:D. Goode (ed.), *Quality of Life for Persons with Disabilities: International Perspectives and Issues*, Brookline Books, Cambridge.
- www.worldbank.org

EKLER

Ek 1: EORTC C- 30 Hayat Kalitesi Ölçeği Anket Soruları

Bu anket Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalında Prof. Dr. Ekrem KARAYILMAZLAR'ın danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tezi için kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların "doğru" veya "yanlış" yanıtları yoktur. Vereceğiniz bilgiler sadece akademik çalışmada kullanılacak olup üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Lütfen ad ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes Darlığı Çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldumu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçlü hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen yılki sağlığınıza ve hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki sağlığınıza ve hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

ÖZGEÇMİŞ

Adı : Yaşar

Soyadı : AKDAĞ

Doğum Yeri/ Tarihi : Hakkâri / 24.06.1984

Lisans Eğitimi : Muğla Üniversitesi İ.İ.B.F. İşletme Bölümü

Mezuniyet Tarihi : 2008

Yabancı Dil/Derecesi : İngilizce / İyi

Çalıştığı Kurum : Hakkâri Üniversitesi İ.İ.B.F. Maliye Bölümü (Arş. Gör.)

Bilgisayar Becerileri : Macromedia Flash 8, AdobePhotoshop, Microsoft Ofis Programları, Mikro Muhasebe Uyguma Programı