

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİKİMEVİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU DERGİSİ
Ankara University Dikimevi Journal of The School of Health Care Professions

Cilt/Volume:9

Sayı/Number: 1

Ocak/January 2010

EDİTÖR
Suna YILMAZ

EDİTÖR YARDIMCILARI
Bahadır BOYACIOĞLU
Perihan ŞENEL TEKİN

YAYIN KURULU

ALSANCAK Serap	GÖK Haydar
AYSEV Ahmet Derya	ÖZDEN Ali
ÖZÇELİKAY Gülbin	TURHANOĞLU İlksen
KUMBASAR Hakan	

DANIŞMA KURULU

AKMANSU Müge, Gazi Üniversitesi	KÖSE Kenan, Ankara Üniversitesi
AKSOY Songül, Hacettepe Üniversitesi	MERGEN Ertan, Ankara Üniversitesi
ALANYALI Hilmi, Dokuz Eylül Üniversitesi	OCAKÇI Ayşe, Marmara Üniversitesi
ALTINÖZ Mehmet, Hacettepe Üniversitesi	ÖBER Ahmet, İstanbul Üniversitesi
ANGIN Salih, Dokuz Eylül Üniversitesi	ÖNDER Ömer Rifki, Ankara Üniversitesi
ATAŞ Ahmet, Hacettepe Üniversitesi	PAK Yücel, Gülhane Askeri Tıp Akademisi
ATAY Mesut B., Ankara Üniversitesi	SARP Nilgün, Ankara Üniversitesi
ATEŞ Yeşim, Hacettepe Üniversitesi	STONE Robert E., Vanderbilt University/USA
BAŞAR Figen, Ondokuz Mayıs Üniversitesi	TAŞTAN Rüştü, Kocaeli Üniversitesi
BAYRAMLAR Kezban, Hacettepe Üniversitesi	TENGİLİMOĞLU Dilaver, Gazi Üniversitesi
BELGİN Erol, Hacettepe Üniversitesi	TOMANBAY İlhan, Hacettepe Üniversitesi
BEYZADEOĞLU Murat, Gülhane Askeri Tıp Akademisi	TÖRE Gökhan, İstanbul Üniversitesi
DİKMETAŞ Elif, Ondokuz Mayıs Üniversitesi	TUNALI Candaş, Çukurova Üniversitesi
DİNÇER Derya, Ankara Üniversitesi	TUNCER Safiye, Ankara Üniversitesi
DURSUN Gürsel, Ankara Üniversitesi	UYGUR Fatma, Hacettepe Üniversitesi
ERBAHÇECİ Fatih, Hacettepe Üniversitesi	UZAL Cem, Trakya Üniversitesi
ERDEM Ramazan, Fırat Üniversitesi	WILKINSON Joe, Salford University/UK
ESATOĞLU A.Ezel, Ankara Üniversitesi	YAKUT Yavuz, Hacettepe Üniversitesi
HABLEMİTOĞLU Şengül, Ankara Üniversitesi	YALÇINKAYA Fulya, Hacettepe Üniversitesi
HAYDAROĞLU Ayfer, Ege Üniversitesi	YAZICIOĞLU Kamil, Gülhane Askeri Tıp Akademisi
KAPLAN Aslan, Hacettepe Üniversitesi	YETKİN Haluk, Gazi Üniversitesi
KAYA Sıdıka, Hacettepe Üniversitesi	YENİMAHALLELİ YAŞAR Gülbiye, Ankara Üniversitesi
KINAY Münir, Dokuz Eylül Üniversitesi	YILDIZ Yusuf, Ankara Üniversitesi
KINIK Hakan, Ankara Üniversitesi	
KÖSE Ayşen, Ankara Üniversitesi	

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİKİMEVİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU DERGİSİ
Ankara University Dikimevi Journal of The School of Health Care Professions

Cilt/Volume:9

Sayı/Number: 1

Ocak/January 2010

SAHİBİ

Ankara Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Adına
Yüksekokul Müdürü
Serap ALSANCAK

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Haydar ALTINKAYNAK

YAYINA HAZIRLAYANLAR

Aysel KÖKSAL
Ayşen KÖSE

YAZIŞMA ADRESİ

Perihan ŞENEL TEKİN

Ankara Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Fatih Cad. 197/A
06290-Keçiören / ANKARA

Tel: 0312-3573242

Fax: 0312-3804868

e- posta:

perihansenel@yahoo.com

Web Sayfası:

<http://dsmyo.ankara.edu.tr/>

ISSN: 1303 – 3735

Basım Tarihi:

30/04/2010

Dizgi, Düzenleme ve Basım
Ankara Üniversitesi Basımevi
Beşevler -ANKARA
Tel: (0 312) 215 90 01 -08

Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın

Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi,
Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun
yayın dili Türkçe ve İngilizce olan, yılda 2 defa yayınlanan,
bilimsel ve hakemli bir dergisidir.



Editörden

Dergimizin bu sayısında 4 bilimsel araştırma ve 3 derlemeye yer verilmiştir. Bu araştırmalarda “Hastanelerde Bilgi Sistemi ve Bilgi Teknolojileri Kullanımı: Tıbbi Sekreterler Üzerine Bir Araştırma”, “Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Süt Tüketim Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma”, “Cepten Sağlık Harcamalarının Hakkaniyet Açısından Değerlendirmesi”, “Ankara’da Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Yöneticilerin Stratejik Düşünme ve Karar Verme Becerilerinin Değerlendirilmesi” ile ilgili konular incelenmiştir. Derlemelerde; “Neoliberalizm, Küreselleşme ve Sağlık”, “Çocukluklarda Ayak Gelişimini ve Deformite Oluşumunu Etkileyen Faktörler” ve “Sağlık Finansmanını Değerlendirme Ölçütleri” konuları ele alınmıştır.

Dergimizin öğrencilerimize olduğu kadar sağlık alanına da katkıda bulunmasını ve yararlı olmasını dilerim.

Ocak 2010
Suna YILMAZ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DİKİMEVİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU DERGİSİ
Ankara University Dikimevi Journal of The School of Health Care Professions

Cilt/Volume: 9

Sayı/Number: 1

Ocak/January 2010

İÇİNDEKİLER

Editörden.....	V
Neoliberalizm, Küreselleşme ve Sağlık <i>Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR, Ece UĞURLUOĞLU</i>	1
Hastanelerde Bilgi Sistemi ve Bilgi Teknolojileri Kullanımı: Tıbbi Sekreterler Üzerine Bir Araştırma <i>Oğuz IŞIK, Mahmut AKBOLAT</i>	11
Çocukluklarda Ayak Gelişimini ve Deformite Oluşumunu Etkileyen Faktörler <i>Nilgün BEK</i>	25
Sağlık Finansmanını Değerlendirme Ölçütleri <i>Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR</i>	31
Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Süt Tüketim Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma <i>Nimet KILIÇ, H.Nurcan EK, Perihan ÖĞDÜM</i>	45
Cepten Sağlık Harcamalarının Hakkaniyet Açısından Değerlendirmesi <i>Ece UĞURLUOĞLU, Hacer ÖZGEN</i>	53
Ankara'da Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Yöneticilerin Stratejik Düşünme ve Karar Verme Becerilerinin Değerlendirilmesi <i>Özgür UĞURLUOĞLU, Elife DEMİRKASIMOĞLU</i>	67
Yazım Kuralları.....	77

NEOLİBERALİZM, KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK

*Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR**, *Ece UĞURLUOĞLU***

*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye, gulbiyey@yahoo.com
**Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye, eceugurluoglu@yahoo.com

ÖZET

Çalışma kapitalist dünya ekonomisinin on yıllar boyunca varlığını sürdüren Keynesçiliğin, kalkınmacılığın, sosyal devletin yerini küreselleşme ve özelleştirmeler ile neoliberalizmin aldığına değinerek, neoliberal politikaların hangi gerekçelerle sosyal devlet uygulamalarını ortadan kaldırdığını sağlık sektörü özelinde ele almaktadır. Bu çerçevede sosyal devletin tasfiyesi ve sağlık hizmetlerinin piyasaya devredilmesi süreci ve bu sürecin sonuçları, uygulanan sağlık reformları ile bağlantı kurularak değerlendirilmektedir. Değerlendirme sırasında hem dünyadaki hem de Türkiye'deki gelişmeler eleştirel bir analize tabi tutulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Neoliberalizm, sosyal devlet, küreselleşme, sağlık, sağlıkta eşitsizlikler

Giriş

Son çeyrek yüzyılda kapitalist dünya ekonomisinin on yıllar boyu varlığını sürdüren yapısı alt üst olmaktadır. Devlet ve ekonomi arasındaki ilişki köklü biçimde değişerek tekil ulusların dünya ekonomisi ile ilişkileri farklı bir yapıya kavuşmakta, insanlığın on yıllar boyu elde etmiş olduğu kazanımlar teker teker aşınarak Keynesçiliğin, kalkınmacılığın, sosyal devletin yerini küreselleşme ve özelleştirmeler ile neoliberalizm almaktadır. Kapitalizm tarihinde yeni bir evre olan neoliberalizm, 1974-75'te yaşanan ekonomik krizle başlamış, 1980'li yılların sonunda Sovyet blokunun dağılmasıyla hızlı bir gelişme göstermiştir. İlk kez 1989 yılında Britanya'da Margaret Thatcher'in, 1991 yılında ise ABD'de Ronald Reagan'ın benimsediği neoliberal ekonomi politikaları, 1980'li yıllar boyunca neoliberalizmin bütün dünyada hızla

yayılmasına, 1990'lı yıllara ulaşıldığında ise tartışmasız bir kabulle neredeyse bir dogma geline gelmesine neden olmuştur [1].

Tarihsel olarak bakıldığında kapitalizmin neoliberalizmden önce iki farklı evre geçirdiği söylenebilir. Bu evrelerden ilki Sanayi Devrimi ile birlikte 19.yüzyılda Britanya'da doğarak kıta Avrupası'na, Kuzey Amerika'ya ve sonraları Japonya'ya yayılmıştır. Bu evre sermayenin yoğunlaşması ile ortaya çıkan dev boyutlu tekeli şirketlerin sermaye ihracı yoluyla faaliyetlerini uluslararası alana taşıyarak yarattığı keskin bir rekabet ve yeryüzünü paylaşma dönemidir. Birinci Dünya Savaşı ve Rusya'daki Ekim Devrimi (1917) ile sona eren bu süreç klasik sömürgecilik dönemi olarak adlandırılmaktadır [1].

İkinci evre 1929'da başlayan ve Büyük Depresyon olarak anılan derin ekonomik kriz, Ekim Devrimi'nin ürünü genç Sovyet Devleti'nin varlığı ve bu ikisine tepkinin birleşik bir ürünü olarak yükselen faşizmin İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra (Soğuk Savaş döneminde) doğurduğu Keynesyen ekonomi politikalarıdır. Bu politikaların üç temel özelliği; devlet müdahalesi, sosyal devlet ve kamu sektörünün genişlemesidir. Keynesyen yaklaşıma göre, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra üretimde yaygın hale gelen montaj hattına dayalı kitle üretimi (Fordizm) beraberinde bir kitle tüketimini gerektirdiğinden devlet tüketimi artırma yolunda önlemler alma ihtiyacını hissetmiştir. Yükselen ücretler, sosyal devlet ve talebi yüksek tutmaya yönelik Keynesçi devlet müdahalesi ve geniş bir kamu sektörü bu

politikanın araçlarını oluşturmaktadır. Keynesçi politikalar esas olarak devlet harcamalarının genişletilip kısılması yoluyla kısa dönemli konjonktürel sarsıntıları önlemeye yönelik politikalar olarak ortaya çıkarken, sosyal devlet kapitalizmin işçi sınıfı mücadeleleri ve sosyalizm karşısında bir öz savunma stratejisi olarak doğmuştur. Kamu sektörünün genişlemesi ise devletin ulusal kapitalizmin bütününe ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim alanına girmesinin bir sonucudur [1].

I. Neoliberalizm ve Küreselleşme

Dünya kapitalizminde 1970’li yılların ortalarında başlayan uzun dönemli ekonomik kriz, soğuk savaş döneminin istikrar mekanizmalarının sermaye için birer ayak bağı haline geldiği bir dönemdir. Birincisi, Keynesyen politikalar kriz içinde bir ekonomiyi suni biçimde şişirerek hem enflasyonist tehlikeler yaratmakta hem de karsız üretim biçimlerinin tasfiye olmasını engellemektedir. Sosyal devlet tüm vatandaşlara sunduğu sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi hizmetlerle bir yandan çalışan sınıfların direniş gücünü arttırmakta öte yandan kriz yaşayan ülkelere mali açıdan yük oluşturmaktadır. Ayrıca verimsiz ve karsız işletmelerin yaşamasını sağlayan kamu sektörü de gereksindiği sübvansiyonlarla kriz içindeki kamu maliyesini zorlamaktadır. Öte yandan üçüncü dünya ülkelerinin uyguladığı korumacı ve ithal ikameci ekonomi politikaları krizin aşılması için uluslar arası sermayenin yaratmak istediği yeni uluslar arası işbölümü ve rekabetin önündeki engeller olarak durmaktadır [1].

Tüm bu sorunlarla baş edebilecek stratejinin ana boyutları ise küreselleşme ve piyasa ekonomisi oluşturmaktadır. Küreselleşme son çeyrek yüzyılın en çok tartışılan kavramlarından biridir. Gerek akademik çevrelerde gerekse popüler yazında neredeyse hiç gündemden düşmeyen bir şekilde varlığı, boyutları, nedenleri, biçimleri ve sonuçları sorgulanmaya devam etmektedir. Başlangıçta ekonominin küreselleşmesi biçiminde ortaya çıkmasına rağmen, daha sonraları sermayenin uluslararası alandaki akışı önünde duran her tür engeli ortadan kaldırmak amacıyla politik, sosyal, kültürel, teknolojik ve

çevresel boyutları da gündeme gelmiştir. Bu çerçevede küreselleşme, “insan doğasının etkileşim içinde bulunduğu ekonomik, politik, sosyo-kültürel, teknolojik ve ekolojik çevreleri değiştiren süreçler” olarak tanımlanmaktadır [2].

Küreselleşmenin ekonomik boyutunun, ulusal ekonominin dünya piyasalarıyla eklemlenmesi ve bütün iktisadi göstergelerin ve karar süreçlerinin giderek dünya piyasalarının dinamikleriyle belirlenmesi biçiminde işlemektedir ve bu durum neoliberalizme dayanan yeni bir dünya düzeni yaratmıştır. Bu yeni dünya düzeni ekonomik yaşamda piyasa egemenliğini öngörerek, ‘özel girişimcilik’, ‘verimlilik’, ‘etkinlik’, ‘rekabet’, ‘esneklik’, ‘yerelleşme’ ve ‘bireycilik’ gibi piyasa tarzı araçlara odaklanmaktadır [3]. Bourdieu’nun deyimiyle sistemin adeta “piyasa mantığını engelleyen her türlü kolektif yapının yok edilmesini gerektirdiği” ortadadır. İşte bu noktada küreselleşme neoliberal ideolojinin hegemonik söylemi olarak işlev görmektedir [4]. Bu söylem, refah devleti/sosyal devlet anlayışına yönelen neoliberal saldırıların açılış hamlesi olarak da nitelendirilmektedir. Küreselleşme aynı zamanda özel sektörün hizmet sunumunda daha verimli ve talepleri daha iyi karşılayabilir olduğu varsayımını, ailenin ve bireyin geleneksel rolünü vurgulayan yeni muhafazakar anlayış ile de bir araya getirmektedir [5].

Dünyanın küresel bir köy haline geldiğini savunan bu neoliberal görüşe göre dünya, farklı kurumların tek bir sistemin parçası olarak çalıştıkları ve birbirlerine çok uzaklarda yaşayan insanların aynı gezegende birlikte yaşadıkları duygusunu paylaştıkları bir yer haline gelmektedir [2]. Ancak “küreselleşen dünyaya ayak uydurmak” ve “küresel köyün bir yurttaşı olabilmek” için tüm toplumların söz konusu sistemin gereklerini yerine getirmesi gerekmektedir. Bu çerçevede yapılacaklar bellidir. “Ulusal pazarları uluslar arası sermayeye açmak ve küreselleşen dünyaya ayak uyduracak reformları hayata geçirmek” [4]. Bu reformlar devlet teşkilatının uluslararası sermayenin gereklerine göre yeniden şekillendirilmesini gerektirdiğinden, ucu ulus devletin ortadan kaldırılmasına kadar uzanan bir dizi düzenlemeyi içermektedir. Bu

çerçevede daha etkin hale getirmek amacıyla devleti küçültmek ve devletin karlılığını en çoklaştıracak yepyeni bir yönetim modeli olarak “yönetişim”i hayata geçirmek ve kamu eliyle yürütülen sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi hizmetleri daha etkili ve verimli bir şekilde sunacağı öngörülen piyasaya devretmek gereklidir.

II. Sosyal Devletin Tasfiyesi

Genel bir tanımıyla sosyal devlet “ekonomik ve toplumsal yaşama kamusal araçlarla doğrudan ve dolaylı olarak müdahale etme yetkisiyle donatılmış devlet” demektir. Bu yetki devletin kamu hizmetlerini vergilerle finanse etmesi, fiyatların oluşumunda belirleyici rol oynaması, fiyatları denetlemesi ve kamu iktisadi teşebbüsleri ile doğrudan üretimde bulunması faaliyetlerini kapsamaktadır. Bu çerçevede sosyal devlet tüm nüfusa, eşit ve ulaşılabilir bir biçimde eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, barınma ve istihdam yaratma ödevlerine sahiptir [6].

Ancak 1980’li yıllarda başlayan deregülasyon ve özelleştirme politikalarıyla sosyal devlet tüm boyutlarıyla terk edilmeye başlanmıştır. Devletin ekonomik alanda karar ve uygulama yetkilerinin kaldırılması deregülasyon olarak tanımlanırken, sahip olduğu malları ve işletme yetkilerini özel sektöre devretmesi özelleştirme olarak adlandırılmaktadır. Bu uygulamalarla devlet, ekonomik ve toplumsal yaşamın doğrudan ve dolaylı müdahale edicisi olmaktan çıkarak, kapitalist üretim ilişkilerinin düzen ve güven içinde kurulmasını sağlayacak “düzenleyici devlet” görevine evrilmektedir. Üstelik bu görev doğrudan ve tek başına devlet tarafından yerine getirilmeyerek, piyasanın asli oyuncusu özel sektörle birlikte (sivil toplum örgütlerini de katarak) yerine getirilmekte ve “yönetişim” adı altında ortak bir yönetim kurulmaktadır. Bu yeni iktidarın yeni örgütsel araçları ise merkezde “üstkurullar”, yerelde “kent konseyleri” olmaktadır. Bu ortamda ulusal plancılık yerini stratejik planlama düzenine, memurluk sistemi yerini sözleşme esasına ve performans ölçüsüne, devletin iş görme usulü de yerini kamu-özel ortaklığı zeminine bırakmaktadır [6].

Bu süreçte sosyal devletin dönüşümü liberalizasyon ile bütünleşmektedir. Liberalizasyon yerli-yabancı serbest girişimin aynı hak ve yetkilere sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Bu durum az gelişmiş ülkelerin sermaye kesimini kendileriyle eşit kılınmış olan yabancı sermayeye eklenildiği oranda var olabileceği bir dengeye sürüklemekte ve sosyal devlet ile birlikte ulus devletin de tasfiyesini gündeme getirmektedir [6]. Daha önce dile getirildiği üzere böyle bir ortamda kamu hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması ve mali piyasalarca yönetilmesi gündemdedir.

Nitekim günümüzde neoliberal politikaların dünya ölçeğinde egemen hale geldiğini savunan devasa bir literatür oluşmuştur. Bu neoliberal politikaların önemli bileşenleri bulunmaktadır. Bu bileşenler: (a) ekonomik politikalarını belirleyenler arasında devlet eliyle kalkınma stratejileri yerine piyasa tabanlı kalkınmadan yana politika tercihlerinde bulunulması (b) küresel politika kararlarının merkezi düzeyde G7 ülkelerince belirlenmesi (c) belirlenen bu kararların Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi uluslararası aktörler tarafından yürürlüğe sokulması [7] (d) piyasa gücünün çok uluslu şirketlerin, finansal gücün ise çok uluslu bankaların elinde toplanması (e) az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin bu küresel güçlerin hakimiyetine sokulmasıdır. Neoliberal politikalar tüm toplumlar için belirli ilke ve normlar çerçevesinde işlemekle birlikte bu ilkelerin en önemlisi kuşkusuz özelleştirme olmuştur [3].

III. Küresel Refah ve Sağlık

Son çeyrek yüzyılda küresel kapitalist sistemde birçok değişiklik gözlemlendi. Özetle, reel sektör yatırımlarının yerini spekülasyon mali yatırımlar aldı. 1973 ve 1995 tarihleri arasında toplam döviz akışı 100 katı aşarken doğrudan yatırımlar 6 kata ancak ulaşabildi. Reel sektörde kullanılan her bir dolara karşılık dünya finans piyasalarında 25-30 dolarlık bir işlem hacmi gerçekleşti [4]. Aynı zamanda döviz piyasası 1980 yılında yaklaşık 1 milyar ABD dolarından 1996 yılında 1 trilyon ABD dolarına yükselerek 1000 katın üzerinde bir artış gösterdi. Öte yandan gelir uçurumu arttı. Bugün, son 40 yıla oranla gelir uçurumu ikiye

katlamıştır ve en üst yüzde yirmilik dilim en alt yüzde yirmilik dilimden 16 kat daha fazla tüketmektedir. Birleşmiş Milletler İnsani Gelişme Raporu'na göre [8], en çok kazanan yüzde beşlik gelir dilimi ile en az kazanan yüzde beşlik gelir dilimi oranı 1988 yılında 80/1 iken, 1995 yılında 120/1'e ulaşmıştır. Gerçekte dünya nüfusunun beşte birinin reel gelirleri düşmektedir. 1993 yılında dünyanın en zengin yüzde 1'i dünya yoksullarının %57'si kadar gelire sahipti. Aynı kaynağa göre dünyanın en çok kazanan 225 kişinin geliri dünya nüfusunun %47'sinin gelirine eşitti. Dünyanın en zengin 3 milyarderi en az gelişmiş ülkelerin Gayri Safi Milli Hasıla'larının (GSMH) %48'ine sahipti [9].

Bu küresel eşitsizlik gelir yerine refah karşılaştırıldığında daha net bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Economist'e göre dünyada 10 kişiden biri 1.000 ABD dolarına sahipken kalan dokuzu 1 ABD dolarına sahiptir. Ülkelerarası eşitsizlikler 1993 yılından itibaren düşüş eğilimine girmiştir. Ancak bunun en önemli nedeni Çin ve Hindistan ekonomilerindeki büyümedir [10]. Bu iki ülke çıkarıldığında eşitsizliklerin artmaya devam ettiği gözlenmektedir. Öte yandan ülkeler içerisindeki eşitsizlikler gelişmiş ülkelerde bile artmaya devam etmektedir. Son çeyrekte ücretler OECD ülkeleri dahil her yerde düşmeye devam etmektedir. Dünya nüfusunun yarısı günde 2 ABD dolarının, bir milyardan fazla kişi de günde bir ABD dolarının altında bir gelire yaşamını sürdürmektedir [9].

Küresel sağlık durumuna bakıldığında, toplam ölümlerin %25'inin önlenebilir hastalıklardan kaynaklandığı görülmektedir. 830 milyon kişi sağlık hizmetlerine erişememektedir ve yaklaşık aynı sayıda insan yeterli beslenememektedir. 40 milyon kişi AIDS hastalığı ile yaşamaktadır. Dünya nüfusunun üçte biri (iki milyar) tüberküloz hastasıdır. Yılda yaklaşık 300-500 milyon insan sıtmaya yakalanmaktadır. Yaklaşık 30 bin kişinin uykusu bozukluğu bulunmaktadır ve layşmanyaz, bağırsak kurdu ve şistozomiyas gibi bulaşıcı hastalıklar çok hızlı artmaya başlamıştır. HIV, tüberküloz ve sıtmadan yılda sırasıyla 3.5 milyon, 2.4 milyon ve 1 milyon insanın öldüğü tahmin edilmektedir. İyileşme gözlenmesine rağmen, dünya nüfusunun beşte

biri güvenli içme suyuna erişememektedir ve 2.5 milyon kişi temel tuvalet imkanına sahip değildir. Bütün hastalıkların %80'i ve hastaneye kabullerin %50'si güvenli olmayan su tüketiminden kaynaklanmaktadır. 2025 yılına kadar 2.7 milyon kişinin ciddi bir su sorunu ile karşılaşacağı tahmin edilmektedir [9].

Öte yandan sağlık harcamaları küresel hastalık yükü ile ters orantılıdır. Dünya nüfusunun %84'ünü oluşturan az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler küresel gelirin yalnızca %18'ini elde etmektedir. Ayrıca bu ülkeler küresel hastalık yükünün %93'ünü taşımalarına rağmen küresel sağlık harcamalarının yalnızca %11'ini gerçekleştirmektedirler [11]. Bu durum bu ülkelerin sağlığa yeterli kaynak ayıramadıklarını ve sağlık ihtiyaçlarını yeterince karşılayamadıklarını göstermekle birlikte bu durumun yol açtığı eşitsizlikleri de ortaya koymaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık %5'ini oluşturan ABD, dünyanın toplam sağlık bütçesinin %40'ının üzerinde harcama yapmaktadır. Bu harcamalar o kadar verimsiz bir sistem içinde idare edilmektedir ki her bir dolar sağlık priminin yalnızca %50-60'ı doğrudan sağlık hizmeti sunucularına gitmekte, kalanı yönetim maliyetlerine harcanmaktadır. 1999 yılında toplam sağlık harcamalarının %31'i yönetim maliyetlerinden oluşmaktadır [12]. Nijerya ile neredeyse aynı nüfusa sahip Japonya, sağlık hizmetlerine Nijerya'nın 270 katı daha fazla harcama yapmaktadır. Kar elde etme arayışı ile medikal ve farmasötik araştırmalar genellikle yüksek gelirli ülkelerin sağlık önceliklerine odaklanmaktadır. Araştırma kaynaklarının sadece %10'u insanlığın %90'ını ilgilendiren hastalıklara ayrılmıştır [5].

Küresel sağlık dengesizliğini ortaya koyan önemli sağlık göstergelerinden biri doğuştan yaşam beklentisidir. Doğuştan yaşam beklentisi konusunda hem gelişmekte hem de gelişmiş ülkelerdeki eşitsizlikler sürmektedir [13]. 2000-05 döneminde doğuştan yaşam beklentisi dünya geneli için 66 yıl iken, yüksek gelirli OECD ülkelerinde 78.9 yıl, Sahra-altı Afrika ülkelerinde ise 49.1 yıldır. 1970-75 dönemi ile kıyaslandığında merkez ve doğu Avrupa ülkeleri ile eski sosyalist ülkelerde düşüş

gözlenmektedir (68.7 yıldan 68.2 yıla) [14]. Avrupa'da ölüm yaşının ortancası (medyan) 75 yıl iken Afrika için sadece 5'tir, yani Afrika'da ölenlerin yarısı beş yaşına ulaşmamaktadır [5]. Bugün doğan çocuğun 65 yaşına ulaşma olasılığına bakıldığında durumun daha vahim olduğu görülmektedir. Bu oranın dünya ortalaması kadınlar için %72 erkekler için %63.1 iken, yüksek gelirli OECD ülkelerinin kadınları için %90.3, erkekleri için %82.4, sahra altı Afrika ülkelerinin kadınları için %43.3 erkekleri için ise %37.8'dir [14].

Çocuklar da bir toplumun sağlığının aynalarındandır. Dünyada beş yaşına ulaşmadan ölen çocukların sayısı Birleşmiş Milletler Binyıl Gelişme Hedefleri (UNMDGs)'nin oldukça altındadır. 1980 yılında 13.5 milyon olan rakam 2005 yılında ancak 9.7 milyona gerileyebilmiştir. 1990-2015 yılları arasındaki düşüşün %27 olacağı tahmin edilmektedir. Oysa UNMDGs hedefi %67'dir [13]. WHO'ya göre her gün 30 bin çocuk beş yaşına ulaşmadan ölmektedir. Bu rakam yaklaşık altı önlenebilir nedenin $\frac{3}{4}$ 'ünü ve yaygın hastalıkların %54'ünü oluşturmaktadır. Beş yaş altı çocuk ölümlerinin %98'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir [5]. Çocukların %53'ü beyinlerinin en çok geliştiği ilk beş yılda yetersiz beslenmektedir. $\frac{1}{6}$ 'sı okul yaşına erişememekte, $\frac{1}{4}$ 'ü beşinci "grade"e girmeden ölmektedir. Her yıl doğan 136 milyon çocuktan 3.2 milyonu ölü doğmaktadır ve 4 milyonu genellikle önlenebilir nedenlerle bir yaşına gelemeden ölmektedir. Bir tahmine göre, her yıl 14 milyon çocuk (60 Hiroşima'ya eşit) açlıktan ölmektedir. Bugün Zambiya'da doğan bir çocuk sadece 33 yaşına ulaşabilmektedir. Zimbabve'de doğan bir çocuğun 15 yaşına gelmeden HIV enfeksiyonuna yakalanma oranı %75'tir [9]. Nikaragua'da 1998 yılında aşırı yoksul çocukların yoksul olmayanlara kıyasla 50 kat daha sık hastalandıkları belirlenmiştir [5].

Anne ölüm oranları UNMDGs beklentilerinin en düşük gerçekleşenidir. Her yıl 500 bin anne ölmektedir ve ölüm oranları ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre çok farklılaşabilmektedir. Örneğin Avustralya'da yüzbinde 4 olan oran Sierra Leone'de 2100'e yani 500 katın üzerine çıkmaktadır [13].

Öte yandan ülkelerarasındaki bu eşitsizlikler coğrafi bölgelere, kırsal kent ayrımına, toplumsal cinsiyete, farklı cinsel tercihleri olan gruplara ve ırka dayalı olarak ülkeler içerisinde de yaşanmaktadır. Hastalığın en temel nedenlerinden biri olan yoksulluk kadınlaşmaktadır. Tüm yoksulların %70'ini kadınlar oluşturmaktadır. HIV/AIDS hastaları hariç, akıl hastaları ve yaşlılar ayrımcılığa sunuk kalan en önemli iki grubu oluşturmaktadırlar [5]. Ayrıca nüfusun yaşlanması, kentleşme, risklerin küreselleşmesi ve küresel çevresel değişiklikler halk sağlığının yeni gündemini oluşturmaktadır [13].

Bu çerçevede küreselleşme ile:

- Ülke içerisinde ve uluslararası düzeyde işgücü göçünün muazzam bir şekilde artması ile kişilerarası ilişkilerin zayıflaması,
- Sermayenin ilaç ve sağlık hizmeti sunan şirketlere aşırı bir şekilde yoğunlaşması,
- Tarım ve hayvancılık endüstrisine yoğunlaşma ve bu endüstrilerin sağlık ve mikrobiyal ekoloji üzerine etkileri,
- Mafya ekonomisinin büyümesi (özellikle küresel uyuşturucu ve insan (kadın) ticareti),
- Uluslararası kuruluşların politikalar üzerindeki büyük zarar verici etkileri (IMF ve WB'nın sağlık hizmetlerinin sunumunda yaptığı gibi),
- WTO yoluyla ulusal egemenliklerin aşınması ve ticaretin liberalizasyonunun haklar ve küresel ölçekte ilaçların erişebilirliğine etkileri,
- Hizmet sektörünün özelleştirilmesi, özellikle sağlık hizmetleri sunumunun küreselleştirilme ve özelleştirilme projesi gündeme gelmektedir [7].

Ayrıca sağlığı ve ölümü özelleştirip metalaştıran bu uygulamalara etki edebilmek için zoru bir silah olarak kullanmak bile gündemdedir. Bu politikalara erişmek için WB, IMF ve WTO gibi uluslararası kuruluşlar kullanılmakta, bunların yetersiz kalması durumunda ise zora başvurulmaktadır [7,9].

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık reformları bu eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Ancak günümüzde sağlık sektörü için öngörülen reformların eşitsizlikleri azaltmaktan ziyade arttırdıkları belirtilmektedir. Ayrıca bu reformlar, sağlıkla ilgili sorunları çözemedikleri, kamusal sağlık hizmeti harcamalarını yanlış dağıtma riski taşıdıkları ve dolayısıyla sağlık gereksinimlerini karşılamaktan ziyade ekonomik ve ideolojik etkenlerden kaynaklanan politikalar oldukları gerekçesiyle ciddi eleştirilere maruz kalmaktadırlar [5, 9, 15, 16]. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin temel reform programlarının çok azı ülke içinden önerilip hayata geçirilmiştir. Bu politikalar genellikle WB ya da diğer uluslararası kuruluşlar tarafından başlatılmıştır [15]. Benzer bir durum Türkiye için de geçerlidir. 2003 yılında gündeme gelen “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)”nın WB görüş ve önerileri ile biçimlendirilmiş bir proje olduğu çok açıktır. SDP’nin gerek sağlık sistemi sorunlarına gerekse çözüm önerilerine ilişkin önerileri WB’nin iki ciltlik “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu” isimli yayını ile birebir örtüşmektedir [17, 18]. Ayrıca WB ile imzalanan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”ne 2004 yılından bu yana kredi desteği sağlanmaktadır.

IV. Türkiye’de Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlıkta Piyasa Ekonomisine Geçiş

Türkiye’de sosyal devletin tasfiye edilmesi 1977 yılında ilk belirtileri ortaya çıkan ekonomik bunalımın doğurduğu 24 Ocak 1980 kararları ile başlamıştır. Bu kararlar, IMF’nin empoze ettiği standart istikrar politikası paketi ile daha çok WB tarafından geliştirilen yapısal uyum programını içermektedir [19] İktisat politikası ağırlıklı bu kararlar, 1980’li yılların sonuna doğru sağlık politikasını doğrudan etkilemiş, özelleştirme ve ticarileştirmeye odaklanan politikalarla kamu sağlık hizmetleri önemli oranda aşındırılmıştır [20].

1980 sonrası dönemde sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik, 1982 Anayasası ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanması

olmuştur. Devlete ödevler yükleyen sosyal devlet anlayışı bu ödevlerden yoksun düzenleyici devlet anlayışı ile yer değiştirmiştir. Bu anlayışla, 1980’li yılların başlarında sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, kamuda çalışan hekimlere muayene açma izni verilmiş ve ilaç katkı payları uygulamaya sokulmuştur.

İkinci önemli değişiklik 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası ile kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve sözleşmeli personel istihdam edebilmesine olanak tanınmasıdır. Ancak Anayasa Mahkemesi tarafından önemli maddeleri iptal edilen yasa uygulama olanağını büyük ölçüde yitirmiştir [21, 22, 23, 24].

Üçüncü önemli gelişme, 1990 yılında WB projelerini yürütmek amacıyla Sağlık Bakanlığı (SB)’na bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün kurulmasıdır. Dördüncü önemli gelişme ise 1990’lı yılların başında SB (1992 ve 1993 yıllarında gerçekleştirilen I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri), Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) (Sağlık Master Planı) ve Hazine Müsteşarlığı’nın (Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu Raporları) birbirlerinden bağımsız olarak yürüttükleri sağlık reformu belirleme çalışmalarının 1993 yılında SB’nca Ulusal Sağlık Politikası Belgesi’nin hazırlanması ile sonuçlanmasıdır [25]. Belge 2000 yılına kadar; merkezi olmayan bir sağlık sistemi kurulacağını; aile hekimliği uygulamasına geçileceğini; hastanelerin özleştirileceğini; sağlık personelinin merkezi olmayan politikalarla istihdam edileceğini; bazı ilaçların sigorta kapsamı dışına çıkarılacağını; hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılacağını; kamu kaynaklarında etkinlik ve verimlilik ilkeleri ile hareket edileceğini; hizmetlerin sözleşmeler yoluyla sağlanacağını; genel sağlık sigortası sisteminin kurulacağını; hizmet alanların maliyetlere katılacağını ve rekabetin yaratılacağını duyurmaktadır. Ayrıca 1980’li yıllardan bu yana gündeme gelen bu politika önerilerinin bu tarihten sonraki bütün kalkınma planlarına da yansdığı gözlenmektedir [26, 27, 28, 29].

Ancak çeşitli nedenlerle hayata geçirilemeyen bu politikalar, bu kez “Sağlıkta

Dönüşüm Programı” adı ile 2003 yılında yeniden gündeme gelerek aşamalı bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi on bir bileşene sahiptir. Bu bileşenlerin ilk sekizi 2003 yılında ortaya konmuş, diğer üçü ise 2007 yılında eklenmiştir. Bu bileşenler sırasıyla şunlardır [30, 31].

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sistemi
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Aile hekimliği modeli
 - Etkili, kademeli sevk zinciri
 - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Özerk hastaneler
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- Ulusal İlaç ile Tıbbi Cihaz Kurumları
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi’dir (SB, 2003a:6).
- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları
- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu
- Uluslar arası alanda ülkenin gücünü arttıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Bu bileşenlerden ilk dördü bir yandan WB’nın sağlık sektörü için önerdiği yerelleştirme, fiyatlandırma ve özelleştirme araçları ile tam olarak örtüşmekte [32] diğer yandan sağlık sisteminde köklü dönüşümleri beraberinde getirmektedir. Bakanlığın görevinin politika belirleyici, düzenleyici ve denetleyici rolle sınırlandırılacağını, bu anlayışa yönelik olarak “...Bakanlığa bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılacağını...” belirten

ilk bileşen hizmetlerin yerelleştirileceğini duyurmaktadır [30]. Bu bileşen “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı” ile de uyumludur. Tasarıya göre: SB’nın taşra teşkilatı kaldırılacak, sağlık hizmetleri il özel idarelerine devredilecektir. İl özel idareleri de sağlık kuruluşlarını belediyelere, üniversitelere, meslek kuruluşlarına ve özel sektöre devredebilecektir [33].

İkinci bileşen olan GSS sistemi, bir yandan yerelleştirmenin hayata geçirilebilmesi için sağlık hizmetleri sunumu ile finansmanını birbirinden ayırırken, diğer yandan sağlık sektöründe hizmet satın alma uygulamasına geçişi öngörerek hizmetlerin fiyatlandırılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. GSS ile özel sektörde olduğu üzere prim karşılığı hizmete ulaşma söz konusu olmakta, ayrıca teminat paketi kapsamındaki hizmetler için yeni kullanıcı katkıları uygulanırken teminat paketi dışında kalan hizmetlerin cepten ödemelerle karşılanması yoluna gidilmektedir. Ancak yapılan araştırmalar GSS sisteminin bir yandan hedeflediği “...nüfusun tümüne, hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmeti sunumunu finanse eden...” [34], diğer yandan sağlık finansmanının evrensel ilkeleri haline gelmiş nüfusun tümüne, adil, verimli ve sürdürülebilir finansman sağlayan bir finansman modeli olmadığını göstermektedir [35, 36, 37].

Üçüncü bileşen sistemin hem temel sağlık hizmetleri ayağının hem de hastanelerin özelleştirileceğini açıkça belirtmektedir. Bugün temel sağlık hizmetleri Aile Hekimliği uygulaması ile kamu hastaneleri ise Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile özelleştirilmekte ve işletmeleştirilmektedir. Aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetleri salt hasta olduğunda ve katkı paylarını ödeyebilenlerin ulaşabildiği bir sistem haline gelmektedir. Bu sistem ile mevcut sağlık ocağı örgütlenmesi anlayışının temelini oluşturan nüfusa dayalı, bölge ve aile bütünlüğü temelinde değil, aile hekiminin kendini seçip kaydolan kişilere hizmet vereceği, dolayısıyla ailenin değil bireyin hekimine dayalı bir örgütlenme modeli oluşturulmaktadır [38]. Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile de

hastanelerin özertleştirilmesi, işletmeleştirilmesi ve nihayetinde özelleştirilmesi düzenlemeleri yeniden gündeme getirilmektedir.

Dördüncü bileşen kapsamında 2003 yılında 4924 sayılı Yasa ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması uygulaması başlatılmış ve böylece kamu sağlık sektöründe iş güvencesi ortadan kalkmıştır. Emsal sağlık personelinin daha yüksek ücretler alan sözleşmeli sağlık personeli alımı ile özelleştirmenin istihdamda da söz konusu olduğu ortadadır.

V. Türkiye’de Sağlık Durumu ve Sağlıkta Eşitsizlikler

Sağlık sektöründeki politika tercihleri ve neoliberal politikaları her alanda hakim kılan yeni dünya düzeni nedeniyle Türkiye’de de dünyada gözlenen değişimler yaşanmış, sağlık harcamalarının hızlı artışına rağmen sağlık durumunda beklenen iyileşmeler gözlenememiş, bazı bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı ile sağlıkta eşitsizlikler derinleşmiştir.

Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı hızla artıp 1985-2005 yılları arasında %2.2’den %5.7’ye çıkmasına rağmen, halen 2005 yılında %8.9 olan OECD ortalamasının çok gerisindedir. Ayrıca sağlık sisteminden kaynaklanan sorunların yanı sıra artan yoksulluk, işsizlik, gelir dağılımı bozukluğu gibi sosyo-ekonomik sorunlar nedeniyle bu artış sağlık göstergelerine beklendiği düzeyde yansımamıştır.

Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi OECD ortalaması (78.9 yıl) ile karşılaştırıldığında 2006 yılında 71.6 yıl ile yaklaşık yedi yıl daha düşüktür. Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi ülkenin gelir düzeyine göre düşüktür. Bebek ölüm hızları açısından bakıldığında Türkiye, 2006 yılında binde 22.6 ile OECD ülkeleri içerisinde en yüksek orana sahiptir ve 5.2 oranına sahip OECD ülkeleri ile arasında dört kat kadar bir fark bulunmaktadır. Türkiye’de bebek ölüm hızı gelir ve sağlık harcaması düzeyi benzer ülkelerin hızlarından da daha yüksektir. Anne ölüm hızı 2005 yılında yüz binde 28.5 ile OECD bölgesinin en yüksek ikinci ülkesidir. Anne ölüm oranı OECD ortalamasının 3

katından fazladır ve gelir ve sağlık harcaması düzeyi benzer ülkelerin hızlarından daha yüksektir.

Öte yandan sağlık göstergelerinde yıllar içerisinde olumlu gelişmeler görülmesine rağmen, gelir grupları, bölgeler, kır-kent arasında önemli farklılıklar söz konusudur. 1998 yılında binde 48.4 olan bebek ölüm hızı en düşük birinci gelir grubunda binde 68.3’e yükselmekte, en yüksek beşinci gelir grubunda ise binde 29.8’e düşmektedir. Aynı yıl binde 42.2 olan kentteki bebek ölüm hızı, kırdaki 58.6’ya çıkmaktadır [10]. Daha da üzücü olan aradaki farkın açılıyor olmasıdır. 1978 yılında 1.2 olan kır/kent farkı, 1998 yılında 1.38’e, 2003 yılında ise 1.69’a çıkmıştır. Benzer bir şekilde 1978 yılında batıdaki bir bebek ölümüne karşın doğuda 1.4 bebek ölürken, 2003 yılında 1.9 bebek ölmüştür. 2003 yılında batıda binde 22 olan bebek ölüm hızı, güneyde 29, Orta Anadolu’da 21, kuzeyde 34, doğuda ise 41’e ulaşmaktadır [39, 40].

2000-2004 yılları arasında Brusella, şark çibani ve ısırtıklar gibi zoonotik hastalıklarda belirgin bir artış gözlenmiştir. Ayrıca koruyucu hizmet yetersizliğine bağlı olarak “Kırım Kongo kanamalı ateşi” önemli bir sorun haline gelmiştir. Su ve gıda ile bulaşan özellikle ishalleri hastalıkların görülme sıklığı hala yüksektir. Sadece sağlık ocağı polikliniklerine başvuran ishalleri olgu sayısı 2002 yılında 869.700 iken 2005 yılında 1.413.333’e çıkmış, yani yüzde 62.5’lik bir artış göstermiştir. Tifo ve Amipli dizanteride İç Anadolu ve Marmara’da dikkati çeken artışlar söz konusudur. Hepatit A, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki artışını sürdürmektedir. Aşıyla korunabilir hastalıklar açısından boğmaca ve kızamıkta azalma gözlenmesine rağmen, Hepatit B’de belirgin bir artış söz konusudur. 2000-2004 yılları arasında hastalığın görülme hızı % 66.6 oranında artmasına rağmen, Karadeniz (% 225.6), Güney Doğu Anadolu (% 170), İç Anadolu (% 119.9) ve Marmara (% 119.8) bölgelerinde artışlar çok daha fazladır. Türkiye’de sayısı tam olarak bilinmeyen tüberküloz WHO 2004 verilerine göre yüz binde 55 olarak bildirilmektedir. İstanbul’daki tüberkülozlu sayısı ülke ortalamasının iki katından fazladır. 2006 yılında 2004 yılına

oranla % 36 oranında artış gösteren tüberkülozun nedenleri; yoksulluk, marjinal yaşam biçimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve göç olarak belirtilmektedir. Buna rağmen, 2000 yılında 24 olan göğüs hastalıkları hastane sayısı 2005 yılında 22'ye gerilemiş, yatak sayısı da 6.335'ten 4.760'a düşmüştür. Çünkü veremi saptamak, tedavi etmek, izlemek ve hastanede kontrol altında tutmak "performans" değeri olmayan işlemlerden sayılmaktadır [41, 20].

VI. Sonuç yerine

Hem dünyada hem de Türkiye'de sağlık sektöründe gözlenen eşitsizlikleri daha da genişletmek olasıdır. Sağlığı sosyal devlet anlayışı çerçevesinde bir hak olarak görmeyen ve devletin bu hakkı yerine getirmek üzere ödevlere sahip olduğu anlayışından uzaklaşarak sağlık sektörünü neoliberal

politikalarla yeniden düzenleyen yeni dünya düzeninin, bu eşitsizlikleri ortadan kaldırması pek mümkün görünmemektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülke deneyimleri, verimlilik, eşitlik ve etkililik hedeflerine sahip neoliberal sağlık politikalarının iddia ettikleri hedeflere ulaşabildiğini (veya ulaşabileceğini) gösteren yeterli kanıtı sahip değildir. Buna rağmen bu politikalarda ısrar edilmesi ile sağlık ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlik ve adaletsizliklerin ortadan kaldırılması yerine daha da derinleşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık durumunu iyileştirmek ve sağlık sistemini eşitlikçi, adaletli, verimli ve sürdürülebilir bir yapıya büründürmek amacıyla sosyal devlet anlayışı çerçevesinde kamuya dayalı bir sağlık sistemi kurulması tartışmalarını yeniden gündeme taşımak gereklidir.

KAYNAKLAR

- [1] Savran S. Yeni Dünya Düzen(sizliği), Küreselleşme, Özelleştirme. Yay.Haz.Soyer A.Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler içinde. Türk Tabipleri Birliği, 1998:7-19.
- [2] Lee K, Fustukian S, Buse, K. An Introduction to Global Health Policy. In: Lee K, Buse K, Fustukian S. eds. Health Policy in a Globalising World. Cambridge University Press, 2002:3-17.
- [3] Yıldız Ö. Küreselleşme, Sağlık ve Toplum. Gaziantep Tıp Dergisi, 2008: 30-34.
- [4] Yeldan E. Neoliberalizmin İdeolojik Bir Söylemi Olarak Küreselleşme. Derleyenler: Köse AH, Şenses F, Yeldan E. İktisat Üzerine Yazılar I. Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar içinde. İletişim Yayınları, 2003: 427-451.
- [5] Lister J. Sağlık Politikası Reformu Yanlış Yolda Mı Gidiyoruz? Küresel "Sağlık Reformu" Endüstrisinin Eleştirel Kılavuzu. İnsev Yayınları, 2008.
- [6] Güler B.A. Sosyal Devlet ve Yerelleşme, 2005 (Erişim Tarihi: 5 Ocak 2010. http://www.yayed.org.tr/resimler/ekler/fa0860e83a4c3a7_ek.pdf).
- [7] Price D, Pollock AM, Shaoul J. How the World Trade Organisation is Shaping Domestic Policies in Health Care. The Lancet, 1999; 354 (Nov 27): 1889-1892.
- [8] United Nations Development Programme. Human Development Report 1999. Oxford University Press, 1999.
- [9] Shahmanesh M. Neoliberal Globalisation and Health: A Modern Tragedy. Critique, 2007; 35 (3): 315-338.
- [10] The World Bank. World Development Report 2006: Equity and Development. The World Bank and Oxford University Press, 2005.
- [11] World Health Organisation. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organisation, 2000.
- [12] Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein, DU. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. The New England Journal of Medicine, 2003; 349 (8): 768-775.
- [13] Beaglehole R, Bonita R. Global Public Health: A Scorecard. The Lancet, 2008; Dec 6 – Dec 12 (372): 1988-1996.
- [14] United Nations Development Programme. Human Development Report 2007/2008:Fighting Climate Change. Human Solidarity in a Devided World. Oxford University Press, 2007.
- [15] Lee K, Goodman H. Global Policy Networks: the propagation of the health care financing reform since the 1980s. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. Health Policy in a Globalising World. Cambridge University Press, 2002: 97-119.

- [16] Ollila E, Koivusalo M, Baru R. Globalization and National Health Policies: Guest Editors' Introduction. *Global Social Policy*, 2002; 2(3): 243-45.
- [17] The World Bank. Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu, İki Cilt, Rapor No:24358-TU. Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi. Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, 2003.
- [18] Pala K. Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası. *Toplum ve Hekim*, 2003; 18(2): 115-119.
- [19] Boratav K. Türkiye İktisat Tarihi: 1908-2005. Gözden Geçirilmiş 10.Baskı. İmge Kitabevi, 2006.
- [20] Yenimahalleli Yaşar, G. Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler. *Mülkiye*, 2008; XXXII (260): 157-192.
- [21] Soyer A. 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis*. 2003 (9): 301-319.
- [22] Kerman U. Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık. Ankara Tabip Odası, 2004.
- [23] Pala K. Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor? *Toplum ve Hekim*, 2007; 22(1-2): 62-69.
- [24] Fişek G, Özsuca ŞT, Şuğle MA. Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996, SSK - Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, 1998.
- [25] Sağlık Bakanlığı. Ulusal Sağlık Politikası 1993.
- [26]Devlet Planlama Teşkilatı. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989. Yayın No: DPT 1974, 1984.
- [27] Devlet Planlama Teşkilatı. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994. Yayın No. DPT 2174, 1989.
- [28] Devlet Planlama Teşkilatı. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000. Karar No: 374, 1995.
- [29] Devlet Planlama Teşkilatı. Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. Karar No: 697, 2000.
- [30] Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı. 2003. (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>, erişim tarihi Şubat 2008).
- [31] Akdağ R. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. Sağlık Bakanlığı, 2008.
- [32] Güler BA. Yeni Sağ ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarılama Politikaları 1980-1995. 2. Baskı. İmge Kitabevi, 2005: 192-194.
- [33] Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu. 2007.
- [34] Başbakanlık. Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri. 2005.
- [35]Yenimahalleli Yaşar G. Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2007.
- [36] Yenimahalle Yaşar G. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası: İlk Gözlemler. *Çalışma Ortamı Dergisi*, 2009; (103): 17-19.
- [37] Yenimahalleli Yaşar G, Kayıran D. Genel Sağlık Sigortasının Mali Sürdürülebilirliği. 11. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi. Özet Bildiriler Kitabı. ODTÜ. 9-11 Aralık 2009: 143.
- [38] Giray H, Aksakoğlu G. Sağlıkta Sosyal Devlet Hizmetinden Piyasa Ekonomisine. *Türk Dışhekimleri Birliği*. Dışhekim, 2006; (15): 47-48.
- [39] Hamzaoğlu O, Özcan U. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, 2005: 45.
- [40] Hamzaoğlu O, Yavuz CI. Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine. *Mülkiye*, (252): 275-296.
- [41] Türk Tabipleri Birliği. Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP. 2007: 60.

HASTANELERDE BİLGİ SİSTEMİ VE BİLGİ TEKNOLOJİLERİ KULLANIMI: TIBBİ SEKRETERLER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA*

Oğuz IŞIK*, Mahmut AKBOLAT**

*Sakarya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sakarya, Türkiye

**Sakarya Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sakarya, Türkiye, m.akbolat@gmail.com

ÖZET

Sağlık bilgi sisteminin amacı etkili ve yüksek kalitede hasta bakımına katkıda bulunmaktır [1]. Yüksek kaliteli hasta bakımı her hastanın tıbbi gelişiminin, sunulan sağlık hizmetinin ve hastanın iyileşme durumunun dikkatli bir şekilde belgelendirilmesini gerekli kılmaktadır. Dolayısı ile tıbbi sekreterlerin bilgisayar ve bilgi sistemlerini etkili bir şekilde kullanması beklenmektedir.

Araştırma 2 Nisan–30 Nisan 2009 tarihleri arasında Sakarya ilinde 8’i kamu ve 2’si özel olmak üzere 10 hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 192 tıbbi sekreter katılmıştır. Tıbbi sekreterlere göre, hastane bilgi sistemi kullanımı en çok faydayı “bilgilere daha kolay ulaşmada”, en düşük faydayı ise “hasta bakımının planlanmasında” sağlamaktadır. Bununla birlikte, tıbbi sekreterlerin %78,95’i çalıştıkları bölüm için bilgi sistemlerinin önemli olduğunu ifade etmektedirler.

Araştırmaya katılan tıbbi sekreterler bilgi sistemlerinin önemine inanmakta ve bu konuda eğitim almaktadırlar. Özellikle bilgisayar donanımı, ofis programları ve hastane bilgi sistemleri konusunda kendilerini yeterli görmektedirler. Ayrıca hastane bilgi sistemlerini farklı seviyelerde kullanabilme yeteneğine sahip görünmektedirler.

Anahtar Kelimeler: Sağlık bilgi sistemi, hastane bilgi sistemi, tıbbi sekreter

USING INFORMATION SYSTEM AND INFORMATION TECHNOLOGIES IN HOSPITALS: A SURVEY ON MEDICAL SECRETARIES

ABSTRACT

The aim of health information systems was to contribute to a high-quality, efficient patient care [1]. High-quality patient care is required careful documentation of each patient's medical development, health services offered and the patient's recovery status. Therefore, medical secretaries are expected computer and information systems to use effectively.

Research was realized in 2-30 April 2009 8 public and 2 private in total 10 hospitals the province of Sakarya. 192 medical secretaries joined the research. From the perspective of medical secretaries, the lowest ranked benefit of health information system is “the planning of patient care”, and the highest ranked benefit of health information system is “easier access to information”. However, 78.95% of the medical secretaries express important of information systems for their department.

Medical secretaries surveyed believe the importance of information systems and are trained in this regard. Particularly, they are sufficed to enough by themselves on computer equipment and office programs and hospital information systems. In addition, they have used hospital information systems in different levels.

Keywords: Health information system, hospital information system, medical secretary

* Bu çalışma 14-16 Ekim 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilen 8. Ulusal Büro Yönetimi ve Sekreterlik Kongresi’nde sunulan bildirinin revize edilmiş halidir.

1. Giriş

Sekreterlik mesleğinin tarihi yazının bulunuşuna kadar gitmektedir. Sanayi devrimiyle birlikte, seri üretime geçilmesinin yanı sıra yapılan işler çeşitlenmiş ve karmaşıklaşmış, bu durumda uzmanlaşmaya ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Buna paralel olarak kayıtları tutma, dosyalama, telefonlara bakma gibi işlerde uzmanlaşan sekreterlere duyulan ihtiyaç artmıştır. Bu doğrultuda bürolar, birçok uzmanlaşmış işlerin toplandığı bir alan olmuş ve büroyla ilgili işler mümkün olduğu kadar standartlaştırılmış ve rasyonel hale getirilmiştir [2].

Bilgi teknolojilerindeki hızlı gelişme, geleceğin ofislerini bu teknolojilerin yönlendireceğini göstermektedir. Bu nedenle büro çalışanlarının, dolayısıyla sekreterlerin, yazılım ve donanımı kullanma yeteneklerini geliştirmeleri gerekir. Bugün bilgi teknolojileri, stratejik yönetim sürecinin temel parçalarından biri haline gelmiştir.

Bilgi teknolojileri iş alanlarını yeniden yaratmakta ve iş dünyasını tanınamayacak derecede değiştirmektedir. Geleceğin sekreterleri, bilgi teknolojilerini iş yapma ve işleri yönetme şekillerini düşünüp bu alanda aktif öğrenmeyi benimsemelidirler [3].

1.1. Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemi

Bilişim ve iletişim teknolojileri genel anlamı ile “bilginin toplanmasını, işlenmesini, bilginini saklanmasını ve gerektiğinde herhangi bir yere iletilmesini ya da herhangi bir yerden bu bilgiye erişilmesini otomatik olarak sağlayan teknolojiler bütünü” olarak tanımlanabilir [4]. Bilgi teknolojileri, tüm disiplinlerle ilgili olan, disiplinlerle tümleşen bir alandır ve bu teknolojiler diğer alanlarda çeşitli biçimlerde uygulanmakta; sınırsız bir etki ve gelişme olanağı vermektedir [5]. Bilişim teknolojilerindeki hızlı gelişmeler, diğer disiplinlerde olduğu gibi sağlık alanında da büyük kazanımlar sağlayan önemli yeniliklere imkân vermiştir.

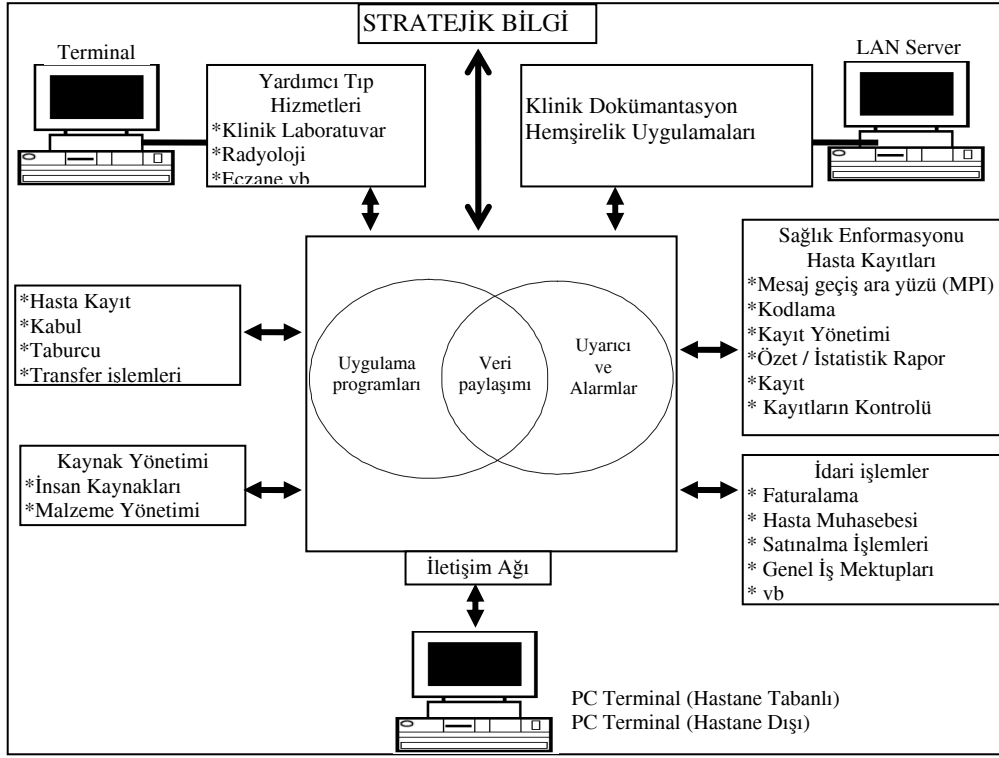
Bilgi teknolojisinin sağlık kurumlarına, klinik ve yönetsel veriler ile iletişim, bilgi, karar gücü ve teknolojinin merkezileşmesi, kişisel ve örgütsel düzeyde uzmanlaşma, iş

yükü, teknolojik bakım gibi iç ve dış faktörler, nitel ve nicel personel yeterliliği, fiziki çalışma koşulları, algılanan sosyal izalasyon gibi fiziki ve psiko-sosyal konularda olumlu veya olumsuz etkileri vardır [6].

Sağlık hizmetlerinin sunumu yoğun bir enformasyon süreci içerisinde gerçekleşmektedir. Yüksek kaliteli hasta bakımı her hastanın tıbbi geçmişinin, sunulan sağlık hizmetinin ve hastanın iyileşme durumunun dikkatli bir şekilde belgelendirilmesini gerekli kılmaktadır [7].

Hastane bilgi sistemi (HBS) hastanenin idari ve tıbbi bilgilerinin yönetimini kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için düzenlenmiş bir bilgi sistemi olarak tanımlanabilir. Bilgisayarların kullanıldığı sistemlere bilgisayara dayalı hastane bilgi sistemi denir. İdari ve tıbbi bilgileri iç içe, bir arada tutabilen sistemlere bütünsel hastane bilgi sistemleri denilmektedir [8]. Diğer bir ifadeyle hastane bilgi sistemi, hastane işletmelerinin çeşitli düzeylerdeki karar alıcılarına yardımcı olmak amacıyla, bilgi toplama ve bilgi yayma fonksiyonlarını üstlenen, değişik kaynaklardan elde edilen verileri bütünleyebilen bir sistem olarak, hizmetlerin bilgisayar aracılığı ile gerçekleştirilmesi; elektronik ortamda bilgi alışverişinin otomatik olarak yapılması; tıbbi-finansal/mali hizmetler açısından ortaya çıkan ayrıntılı bilgilerin bilgisayara dayalı bir enformasyon sistemi ile kaydedilerek bilgiye dönüştürülmesi olarak tanımlanmaktadır [9, 10].

Hastane bilgi sisteminin işlevi, ait olduğu kuruluşun bilgi taleplerini doğru, zamanında, tam ve uygun biçimde karşılamaktır. Bir hastanenin günlük işlemleri olarak öncelikle hastaya ilişkin, başvuru, kabul, sağlık durumu, sevk ve taburcu kayıtları sayılabilir. Hastanelerde tanı ve tedaviye ilişkin hastaya uygulanan işlemler olarak; klinik, laboratuvar, radyoloji, ameliyathane, eczane, terapi, diyet etkinlikleri, genel yönetime ilişkin olarak; personel, sabit tesis, cihaz ve malzeme durumları, ve yönetimleri, mali işlere ilişkin olarak; muhasebe, müşteri hesapları ve vergilendirme rutin yapılan işlemler içerisinde [11].



Şekil 1: Hastane Bilgi Sistemi [8,9]

1.2. Hastane Bilgi Sisteminin Sağladığı Faydalar

Hastane bilgi sisteminin hem hastanenin çeşitli kademe ve birimlerinde çalışan kişi ve gruplara hem de hastaneden hizmet alan veya hastane ile ilişki içerisinde olan kişi ve kurumlara sağladığı pek çok faydası olduğu söylenebilir.

HBS'nin kuruma ve kullanıcılara sağladığı bazı faydaları maddeler halinde şu şekilde sıralanabilir [12]:

- **Zaman Tasarrufu:** Hastane bilgi sistemi, personel yönetimi, malzemelerin kontrolü ve kullanımı, hasta ve hastalıkların takibi gibi hastanelerin amaçlarını gerçekleştire bilmeleri için gerekli olan tüm faaliyetlerin en doğru ve en hızlı sürede, en iyi sonuca ulaştırmada yardımcı olacaktır.
- **Maliyetlerin düşürülmesi:** Önleyici bakım ekipmanları sayesinde arızaların veya doğabilecek aksaklıkların önlenmesi

veya azaltılması sağlanabilecektir. Ayrıca elektronik belgeleme ve arşiv sistemi sayesinde hem yerden hem kullanılan malzemelerden tasarruf sağlanacaktır.

- **Etkin Stok Kontrolü:** Etkin stok kontrolü sayesinde hem stok maliyetlerinin düşürülmesi hem de çalıntıların ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesi sağlanabilecektir.
- **Kaliteli ve etkin hizmet sunumu:** Hastanedeki bilgi akışının doğruluğu, hızı ve güvenilirliği hastalarla ve diğer işlemlerle ilgili yapılan işlerin düzenli ve zamanında tutulmasına bağlıdır. Doğru bilgi, doğru kararların alınmasına imkân sağlar. Bu nedenle hastane bilgi sistemi sayesinde hizmet sunumu sırasında yapılan işlemlerin doğru ve zamanında kayıt edilmesi, ihtiyaç duyulduğu anda da hemen ulaşılması sağlanacaktır.
- **Hasta işlemlerinin (yatis ve çıkis) hızlı yapılabilmesi:** Hastane bilgi sistemi sayesinde tüm birimlerdeki bilgisayarlar birbirleri ile entegre bir yapıya sahip

olacağından işlemler daha doğru ve hızlı yapılabilecektir. Dolayısıyla iş akışı daha verimli hale gelecek ve hasta memnuniyeti sağlanmış olacaktır.

- **Servislerin ve çalışanların hizmetlerinin değerlendirilmesi:** Hastane bilgi sistemi sayesinde, sadece günlük işlemleri kaydetmek ve izlemek değil, aynı zamanda yönetim, denetim ve planlama fonksiyonları da etkin bir şekilde yapılabilecektir.
- **Bilgisayar destekli tıbbi karar almada:** Bilgisayar teknolojisi hastalıklarda yanlış veya zaman alıcı, teşhislerin önüne geçmekte ciddi bir kaynaktır. Uzman olmamış hekimlerin, bir uzmana ulaşmadan karar verebilmeleri için yardımcı uzman vazifesi görebilmektedir. Tüm teşhislerde dikkatsizlik, stres ve insan zekâsının zayıflıklarının önüne geçerek etkili ve aynı zamanda profesyonel yardımcı olabilmektedir [13].
- **Laboratuvarların işleyişinin izlenmesi (israfın görülmesi ve önlenmesi):** Laboratuvar bilgi sistemi test istemlerinin kayıtları, örneklerin alınma zamanları ve test süreçleri, tamamlanan test sonuçlarının kayıtları, istemi yapan bölümlere test sonuçlarının iletilmesi, hastalara verilen bütün test sonuçlarının periyodik raporlarının alınması, istatistiklerin hazırlanması, laboratuvar işlemlerinin yönetilmesi ve kalite kontrol süreçleri için kayıtların tutulması işlevlerini yerine getirmede kullanılabilir.

2. Yöntem

Araştırmanın amacı, tıbbi sekreterlerin bilgisayar ve hastane bilgi sistemi kullanım becerileri ve sekreterlerin kullanılan bilgi sisteminin fayda sağladığı alanlara ilişkin değerlendirmelerini ortaya koymaktır.

Araştırma evrenini 8'i kamu ve 2'si özel olmak üzere Sakarya ilinde faaliyet gösteren 10 hastanede çalışan 213 tıbbi sekreter oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup tüm tıbbi sekreterlere ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak tıbbi sekreterlerin 192'sinden geri dönüşüm sağlanabilmiştir. Dolayısıyla evrenin yaklaşık

%90'ına ulaşılmıştır. Çalışma 02 Nisan – 30 Nisan 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın amacına uygun olarak literatür taranarak, tıbbi sekreterlerin bilgi sistemini kullanım becerileri ve kullanılan sistemin fayda sağladığı alanları ortaya çıkaracak bir anket geliştirilmiştir. Ankette, tıbbi sekreterlere ilişkin tanımlayıcı bilgileri içeren sorular dışında, bilgi teknolojileri ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen 11, bilgi sistemini faydalı bulduğu alanlarla ilgili 19 ve hastane bilgi sisteminde yer alan modüllerin kullanımı ile ilgili 19 soru bulunmaktadır.

Anket sonucu elde edilen veriler SPSS ortamında analiz edilmiştir. Elde edilen verilerin homojenite testleri yapılmış olup parametrik özellik gösteren verilerin analizinde Bağımsız Örneklerde t Testi ve One Way ANOVA testinden yararlanılmıştır. Parametrik özellik göstermeyen verilerin analizinde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. One Way ANOVA sonucunda ortaya çıkan farklılıkların tespitinde Tukey ve LSD testleri kullanılmıştır. Anketin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısına göre hesaplanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin Cronbach Alpha değeri 0,9712 bulunmuştur. Bu değer anketin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu gösterdiğinden [14] çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan tıbbi sekreterlerin, %40,6'sı evli ve %53,6'sı bekâr olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %43,2'si lise, %39,1'i ön lisans ve %6,3'ü lisans mezunudur. Tıbbi sekreterlerin %12,5'i memur, %16,7'si sözleşmeli ve %70,8'i şirket elemanı olarak istihdam edilmektedir. Çalışmaya katılan tıbbi sekreterlerin %58,9'unun 3 yıl ve daha az bir süredir ve %86,5'inin gündüz çalıştığı görülmektedir. Ayrıca çalışmaya katılan tıbbi sekreterlerin %78,1'i 30 yaş altında olduklarını bildirmişlerdir. Sekreterlerin %53,6'sı çalıştığı hastanenin idari birimlerinde, %45,8'i ise tıbbi birimlerde görev yapmaktadır. (Tablo 1).

Tablo 1: Tıbbi Sekreterlere İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		Sayı	%			Sayı	%
Medeni Durum	Evli	78	40,6	Cinsiyet	Erkek	51	26,6
	Bekâr	103	53,6		Kadın	140	72,9
	Toplam	181	94,3		Toplam	191	99,5
Eğitim Durumu	Lise	83	43,2	Yaş	≤29	150	78,1
	Ön Lisans	75	39,1		≥30	42	21,9
	Lisans	12	6,3		Toplam	192	100
	Toplam	170	88,5	Çalışma Şekli	Gündüz	165	86,5
Çalıştığı Birim	İdari Birim	103	53,6		Nöbet	26	13,5
	Tıbbi Birim	88	45,8		Toplam	191	100
	Toplam	191	99,5	Çalışma Süresi	≤3	113	58,9
İstihdam Şekli	Memur	24	12,5		4-6	40	20,8
	Sözleşmeli	32	16,7		7-10	24	12,5
	Şirket Elemanı	136	70,8		≥11	15	7,8
	Toplam	192	100	Toplam	192	100	

3.2. Bilgi Sistemi İle İlgili Alınan Eğitim ve Kullanım Oranları Konusundaki Bulgular

Çalışmaya katılan tıbbi sekreterler “hastane bilgi sistemleri konusunda her hangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna %88,5 oranında evet yanıtı vermişlerdir. Evet, yanıtı

veren tıbbi sekreterlerin, %18,2’si örgün öğretim, %16,1’i seminerle, %8,3’ü kurs olarak, %13,5’i sertifika programları ve %49’u hizmet içi eğitimler yoluyla eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Ayrıca birkaç eğitim programını birlikte alan katılımcılarda mevcuttur (Tablo 3).

Tablo 2: Hastane Bilgi Sistemi Konusunda Eğitim Alma Durumu

Hastane bilgi sistemleri konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı?	n	%
Evet	170	88,5
Hayır	22	11,5
Toplam	192	100
Hastane bilgi sistemleri konusunda ne tür bir eğitim aldınız	n	%
Örgün öğretim	35	18,2
Seminer	31	16,1
Kurs	16	8,3
Sertifika programı	26	13,5
Hizmet içi eğitim	94	49,0

Tablo 3: Hastane Bilgi Sistemi Eğitimi Alanların Çapraz Tablosu

Eğitim Türü	Örgün	Seminer	Kurs	Sertifika	Hizmet içi
Örgün	35				
Seminer	1	31			
Kurs	2	4	16		
Sertifika	2	5	1	26	
Hizmet içi	5	9	5	7	94

Bölgelerde kullanılan bilgi teknolojilerinin önemi konusunda “çalıştığımız bölüm için bilgi teknolojileri kullanımının

önemli olduğuna katılıyor musunuz?” sorusu yöneltilmiş ve çalışmaya katılan tıbbi sekreterlerin %50,6’sı (97 kişi) kesinlikle katıldıklarını, %20,3’ü (39 kişi) katıldıklarını,

%7,3'ü (14 kişi) kısmen katıldıklarını, %3,1'i (6 kişi) katılmadıklarını ve %17,7'si de (34 kişi) kesinlikle katılmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4: Çalışılan Bölümde Bilgi Teknolojileri Kullanımının Önemi

Çalıştığınız bölümde bilgi teknolojileri kullanımının önemli olduğuna katılıyor musunuz?		
İfadeler	n	%
Kesinlikle Katılıyorum	97	50,6
Katılıyorum	39	20,3
Kısmen Katılıyorum	14	7,3
Katılmıyorum	6	3,1
Kesinlikle Katılmıyorum	34	17,7
Boş	2	1,0
Toplam	192	100

Araştırmaya katılan tıbbi sekreterlerin bilgi teknolojileri ile ilgili konular hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi sonucunda; katılımcıların %77,4'ü bilgisayar işletim sistemi (Windows), %75,6'sı ofis programları (Word, Excel, Powerpoint)

konusunda kendilerini yeterli görmektedir. Ancak %58,6'sı veri tabanı (Java, Oracle, Access) ve %52,5'i de network (bilgisayar ağları) konusunda kendilerini kısmen yeterli ve yetersiz görmektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Bilgi Teknolojileri İle İlgili Konular Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

	Kesinlikle Yeterli	Yeterli	Kısmen Yeterli	Yetersiz	Kesinlikle Yetersiz
Bilgisayar donanımı	32,1	41,6	17,4	5,8	3,2
Bilgisayar yazılımları	25,5	44,1	19,7	6,9	3,7
Bilgisayar işletim sistemleri (Windows)	33,7	43,7	14,7	4,7	3,2
Office programları (Word, Excel, Powerpoint)	37,0	38,6	16,4	4,8	3,2
Veritabanı (Java, Oracle, Access)	17,7	23,7	32,8	17,7	8,1
Network (bilgisayar ağları)	15,1	32,4	30,8	16,8	4,9
Ses kayıt ve dinleme cihazı	17,6	35,3	18,7	19,8	8,6
Tele-Sekreter	18,8	32,8	19,9	18,8	9,7
Fotokopi ve baskı makinesi	36,3	34,2	18,9	7,4	3,2

Tıbbi sekreterlerin genel olarak hastane bilgi sistemi kullanımı ile ilgili yeterlilik düzeyleri hakkındaki düşüncelerinin değerlendirilmesi sonucunda %71,6'sı

kendilerini bu konuda yeterli, %18,4'ü kısmen yeterli ve %10'u da yetersiz gördüğü anlaşılmıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Hastane Bilgi Sistemi Konusunda Yeterlilik Düzeyleri

Yeterlilik Düzeyi	n	%
Kesinlikle Yeterli	68	35,8
Yeterli	68	35,8
Kısmen Yeterli	35	18,4
Yetersiz	15	7,9
Kesinlikle Yetersiz	4	2,1
Toplam	190	100

Araştırmaya katılan tıbbi sekreterlerin en çok kullandıkları hastane bilgi sistem modülleri, %78'i hasta kayıt kabul-danışma modülü, %71,4'ü de ayakta tedavi gören hasta (poliklinik) modülü, %62,8'i acil servis modülü, %55,2'si vezne modülü ve %53,1'i yatan hasta modülü olarak belirtmişlerdir.

Modüllerden kullanılabilme oranı en düşük olanlar ise; “anestezi, reanimasyon ve yoğun bakım hizmetleri modülü, diyet modülü, doğum ve ameliyathane modülü, eczane modülü ve kan merkezi modülü” dır (Tablo 7).

Tablo 7: Hastane Bilgi Sistemindeki Modülleri Kullanabilme Oranları

Aşağıdaki Modülleri Kullanabiliyor musunuz?		Evet (%)	Hayır (%)
1.	Hasta kayıt kabul-danışma modülü	78,0	22,0
2.	Ayakta tedavi gören hasta (poliklinik) modülü	71,4	28,6
3.	Ağız ve diş sağlığı modülü	37,9	62,1
4.	Acil servis modülü	62,8	37,2
5.	Yatan hasta modülü	53,1	46,9
6.	Doğum ve ameliyathane modülü	28,1	71,9
7.	Anestezi, reanimasyon ve yoğun bakım hizmetleri modülü	22,4	77,6
8.	Laboratuvar modülü	41,7	58,3
9.	Radyoloji (tıbbi görüntüleme işlemleri) modülü	38,7	61,3
10.	Eczane modülü	28,1	71,9
11.	Diyet modülü	24,0	76,0
12.	Kan merkezi modülü	28,1	71,9
13.	Depo, ambar ve demirbaş (ayniyat) modülü	34,4	65,6
14.	Vezne modülü	55,2	44,8
15.	Döner sermaye, faturalama ve muhasebe modülü	41,7	58,3
16.	Personel ve bordro işlemleri modülü	40,1	59,9
17.	Satınalma modülü	33,3	66,7
18.	Cihaz takip modülü	28,9	71,1
19.	İstatistik modülü	40,1	59,9

3.2. Hastane Bilgi Sistemi Kullanımının Faydaları Konusundaki Bulgular

Hastane bilgi sistemi kullanımının sağladığı faydaların analizinde parametrik veriler için t Testi, parametrik olmayan verilerin analizi için Mann-Whitney U Testi kullanılmış olup cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan tıbbi sekterlerin çalıştıkları birimlere göre hastane bilgi sistemi kullanımının sağladığı faydalar ile ilgili değerlendirmede; “tıbbi hizmetlerin daha kaliteli verilmesinde” ($p=0,009$), “bilgilere daha kolay ulaşmada” ($p=0,008$), “çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırmada” ($p=0,007$),

“çalışanların performansının ölçülmesinde” ($p=0,001$), “malzeme ihtiyaçlarının daha etkili planlanmasında” ($p=0,028$), “poliklinik hastalarına randevu verme ve hasta atamada” ($p=0,026$), “tıbbi görüntülerin analizinde” ($p=0,001$), “ilaç ve diğer tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin takibinde” ($p=0,047$), “bilgisayar destekli tıbbi karar almada” ($p=0,000$) ve “bordro hazırlama ve hesap çıkarmada” ($p=0,023$) istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Anlamlı bulunan tüm ifadelerde tıbbi birimde çalışan tıbbi sekreterler idari birimde çalışanlara oranla hastane bilgi sisteminin daha faydalı olduğu kanısındadırlar (Tablo 8).

Tablo 8: Tıbbi Sekreterlerin Hastane Bilgi Sistemi Kullanım Faydaları İle İlgili Değerlendirmelerinin Çalıştıkları Birime Göre Dağılımı

İfadeler	Birim	N	\bar{x}	S.S	t	p
Tıbbi hizmetlerin daha kaliteli verilmesi	İdari	102	3,86	1,449	-3,019	0,009
	Tıbbi	87	4,40	0,994		
Bilgilere daha kolay ulaşma	İdari	102	4,12	1,359	-1,878	0,008
	Tıbbi	88	4,43	0,932		
Çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırma	İdari	102	3,75	1,474	-2,412	0,007
	Tıbbi	86	4,20	1,094		
Çalışanların performansının ölçülmesi	İdari	102	3,49	1,652	-2,101	0,001
	Tıbbi	87	3,94	1,306		
Malzeme ihtiyaçlarının daha etkili planlanması	İdari	102	3,74	1,535	-1,446	0,028
	Tıbbi	86	4,03	1,306		
Poliklinik hastalarına randevu verme ve hasta atama	İdari	102	3,87	1,584	-1,679	0,026
	Tıbbi	86	4,22	1,259		
Tıbbi görüntülerin analizi	İdari	101	3,69	1,719	-1,639	0,001
	Tıbbi	85	4,06	1,322		
İlaç ve diğer tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin takibi	İdari	102	3,69	1,694	-1,062	0,047
	Tıbbi	85	3,93	1,437		
Bilgisayar destekli tıbbi karar alma	İdari	101	3,43	1,846	-2,236	0,000
	Tıbbi	86	3,97	1,451		
Bordro hazırlama ve hesap çıkarma	İdari	102	3,66	1,760	-1,569	0,023
	Tıbbi	86	4,03	1,499		

Tıbbi sekreterin çalışma şekillerine göre hastane bilgi sistemi kullanımının sağladığı faydalar ile ilgili değerlendirmede, “tıbbi

görüntülerin analizi” ifadesi çalışma şekline göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p=0,047$) (Tablo 9).

Tablo 9: Tıbbi Sekreterlerin Hastane Bilgi Sistemi Kullanım Faydaları İle İlgili Değerlendirmelerinin Çalışma Şekillerine Göre Dağılımı

İfade	Çalışma Şekli	N	\bar{x}	S.S	t	p
Tıbbi görüntülerin analizi	Nöbet	24	3,38	1,837	-1,419	0,047
	Gündüz	163	3,93	1,500		

Tıbbi sekreterlerin çalıştıkları kurumun niteliğine (kamu/özel) göre bakıldığında, hastane bilgi sistemini kullanmanın faydaları ile ilgili değerlendirmelerinde sadece “poliklinik hastalarına randevu verme ve hasta atamada” ifadesinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Özelde çalışan tıbbi sekreterler ($4,66\pm 0,86$) kamuda çalışan

tıbbi sekreterlere göre ($3,84\pm 1,54$) hastane bilgi sisteminin randevu ve hasta atama işlemlerinde daha faydalı olduğu görüşündedirler. Diğer taraftan kamuda çalışan tıbbi sekreterlerin “Bilgilere daha kolay ulaşma” ($4,14\pm 1,24$) ifadesini en faydalı madde olarak değerlendirdikleri görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 10: Tıbbi Sekreterlerin Hastane Bilgi Sistemi Kullanım Faydaları İle İlgili Değerlendirmelerinin Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılımı

İfadeler	Hastane	N	\bar{x}	S.S	t	p
Poliklinik hastalarına randevu verme ve hasta atama	Kamu	145	3,84	1,535	-4,494	0,001

Tıbbi sekreterlerin hastane bilgi sistemi kullanımının sağladığı faydalar konusundaki değerlendirmelerinin eğitim durumuna göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda tıbbi sekreterlerin hastane bilgi sistemi kullanımının sağladığı faydalar konusundaki değerlendirmeleri eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tıbbi sekreterlerin hastane bilgi sistemi kullanımının sağladığı faydalar konusundaki değerlendirmelerinin çalışma sürelerine göre fark gösterip göstermediği (Tablo 11) ANOVA testi ile incelenmiştir.

Yapılan analiz sonucunda tıbbi sekreterlerin “tıbbi görüntülerin analizi” ifadesi ile ilgili değerlendirmeleri çalışma sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p=0,027$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan LSD testi sonucunda farkın 7–10 yıl çalışan tıbbi sekreterler ($4,46\pm 1,32$) ile 11 ve daha

fazla süre ile çalışan tıbbi sekreterler ($3,20\pm 1,74$) arasında olduğu saptanmıştır ($p=0,013$). Hastane bilgi sistemi kullanımının tıbbi görüntülerin analizine olan faydasını 7–10 yıl süre ile çalışan tıbbi sekreterler 11 ve daha fazla süre ile çalışanlara göre daha faydalı bulmaktadır.

Tıbbi sekreterlerin hastane bilgi sistemi kullanımının “Bilgisayar destekli tıbbi karar almada” ki faydası ile ilgili değerlendirmeleri çalışma sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p=0,044$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan LSD testi sonucunda farkın 7–10 yıl çalışan tıbbi sekreterler ($4,13\pm 1,54$) ile 11 ve daha fazla süre ile çalışan tıbbi sekreterler ($3,00\pm 1,92$) arasında olduğu saptanmıştır ($p=0,046$). Hastane bilgi sistemi kullanımının bilgisayar destekli tıbbi karar almadaki faydasını 11 ve daha fazla süre çalışan tıbbi sekreterler, 7–10 yıl süre ile çalışanlara göre daha az bulmaktadır.

Tablo 11: Tıbbi Sekreterlerin Hastane Bilgi Sistemi Kullanım Faydaları İle İlgili Değerlendirmelerinin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

İfadeler	Çalışma Süresi	N	\bar{x}	S.S	F	p
Tıbbi görüntülerin analizi	≤3	108	3,98	1,381	3,141	0,027
	4–6	39	3,51	1,819		
	7–10	24	4,46	1,318		
	≥11	15	3,20	1,740		
	Toplam	186	3,88	1,531		
Bilgisayar destekli tıbbi karar alma	≤3	110	3,85	1,464	2,749	0,044
	4–6	39	3,23	2,058		
	7–10	24	4,13	1,541		
	≥11	14	3,00	1,922		
	Toplam	187	3,70	1,671		

Maddelere göre hastane bilgi sistemi kullanımının faydaları incelendiğinde tıbbi sekreterlerden, “Bilgilere daha kolay ulaşma” maddesinin en yüksek, “hasta bakımının

planlanması” maddesinin ise en düşük puanları aldığı görülmüştür (Tablo 12).

Tıbbi sekreterler hastane bilgi sistemi kullanımının en çok faydayı “bilgilere daha

kolay ulaşma” konusunda sağladığı görüşündedirler (4,26±1,19). İkinci olarak “tıbbi hizmetlerin daha kaliteli verilmesi” (4,11±1,29) ve üçüncü olarak “poliklinik hastalarına randevu verme ve hasta atama” (4,03±1,45) ifadeleri sekreterlerden en yüksek puanları almıştır.

En düşük fayda sağladığı alanları ise sırasıyla “hasta bakımının planlanması” (3,53±1,71), “envanter kontrolü” (3,58±1,71) ve “ameliyathane ve tanı ünitelerini daha etkin planlama” (3,67±1,68) olarak belirtmişlerdir. Ancak yine de bu ifadelerle verilen puanlar orta düzeyde fayda sağladığını göstermektedir.

Tablo 12: Tıbbi Sekreterlerin Hastane Bilgi Sistemi Kullanımının Faydaları Hakkındaki Değerlendirmeleri

	İfadeler	n	\bar{x}	S.S
1	Bilgilere daha kolay ulaşmada	191	4,26	1,189
2	Tıbbi hizmetlerin daha kaliteli verilmesinde	190	4,11	1,285
3	Poliklinik hastalarına randevu verme ve hasta atamada	189	4,03	1,447
4	Zaman kaybını önlemede	191	4,02	1,359
5	Çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırmada	189	3,95	1,326
6	Malzeme sipariş ve takibinin daha etkili yapılmasında	190	3,88	1,459
7	Kalite yönetimine destek olmada	189	3,88	1,520
8	Malzeme ihtiyaçlarının daha etkili planlanmasında	189	3,87	1,435
9	Laboratuvar testlerinin analizinde	189	3,87	1,512
10	Tıbbi görüntülerin analizinde	187	3,86	1,553
11	Bordro hazırlama ve hesap çıkarmada	189	3,83	1,648
12	İlaç ve diğer tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin takibinde	188	3,80	1,579
13	Maliyetleri azaltmada	191	3,76	1,499
14	Çalışanların performansının ölçülmesinde	190	3,70	1,512
15	Order ve tedavi sonuçlarının girişinde	189	3,70	1,672
16	Bilgisayar destekli tıbbi karar almada	188	3,68	1,689
17	Ameliyathane ve tanı ünitelerini daha etkili planlamada	189	3,67	1,676
18	Envanter kontrolünde	189	3,58	1,707
19	Hasta bakımının planlanmasında	188	3,53	1,707

Ortalama olarak: 1,0–2,33 Düşük Fayda; 2,34–3,66 Orta Düzeyde Fayda; 3,67–5,0 Yüksek Fayda

4. Tartışma ve Sonuç

Araştırma sonuçlarına göre, araştırmaya katılan tıbbi sekreterlerin %88,5’i hastane bilgi sistemleri konusunda eğitim aldıklarını bildirmişlerdir. Aldıkları eğitim türünü ise sırasıyla %18,2’si örgün öğretim, %16,1’i seminer, %8,3’ü kurs, %13,5’i sertifika programları ve %49’u hizmet içi eğitimler olarak bildirmişlerdir. Benzer bir çalışma Taşdemir [15] tarafından Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içindeki Sağlık Bakanlığına bağlı tüm devlet hastaneleri ve bu hastanelerde çalışan bilgi sisteminden sorumlu 29 yönetici ile yapılmış ve yöneticilerin %72,4’ü hastane bilgi sistemi konusunda her hangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Tekin ve Kaya [16] tarafından Zonguldak ilinde faaliyette bulunan iki hastanede doktorların elektronik

tıbbi kayıtlara hazır olup olmadıkları konusunda yaptıkları araştırmada da hekimlerin %26,5’inin bilgisayar kullanmayı çok büyük ölçüde kendi kendine çalışarak, %12,7’sinin orta düzeyde “okul veya üniversitede genel dersler içinde” öğrendiği bulunmuştur.

Çalışmaya katılan tıbbi sekreterlerin %70,9’u çalıştıkları bölüm için bilgi teknolojileri kullanmanın önemli olduğu, buna karşılık %20,8’i de önemli olmadığı görüşündedirler.

Tıbbi sekreterlerin bilgi teknolojileri ile ilgili konular hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ile ilgili sonuçlara baktığımızda; katılımcıların %77,4’ü bilgisayar işletim sistemi (Windows), %75,6’sı ofis programları (Word, Excel, Powerpoint) ve

%73,7'si bilgisayar donanımları konusunda kendilerini yeterli görmektedir. Taşdemir [15] tarafından yapılan çalışmada ise yöneticilerin %82,7'si ofis programları konusunda kendilerini yeterli gördükleri bulunmuştur.

Tıbbi sekreterlerin %71,6'sı genel olarak hastane bilgi sistemi kullanımı ile ilgili kendilerini yeterli görürken, %10'u yetersiz görmektedir. Bu durum hastane bilgi sistemi konusunda her hangi bir eğitim almayanlarla paralellik göstermektedir. Dolayısıyla hastane yönetimlerinin tüm sekreterlere planlı bir şekilde eğitim almalarını sağlamaları önerilebilir.

Hastane bilgi sistemi içerisinde yer alan modülleri kullanabilme ile ilgili sonuçlara bakıldığında, tıbbi sekreterlerce en çok kullanılabilen hastane bilgi sistem modülü, %78 oran ile hasta kayıt kabul-danışma modülüdür. Bunu sırasıyla %71,4 ile ayakta tedavi gören hasta (poliklinik) modülü, %62,8 ile acil servis modülü, %55,2 ile vezne modülü ve %53,1 ile yatan hasta modülü takip etmektedir. Diğer taraftan en az kullanılabilme oranına sahip modüller ise sırasıyla; "anestezi, reanimasyon ve yoğun bakım hizmetleri modülü, diyet modülü, doğum ve ameliyathane modülü, eczane modülü ve kan merkezi modülü"dür. Bu sonuçlar da tıbbi sekreterlerin yoğun olarak çalıştıkları bölümlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan tıbbi sekreterlerin hastane bilgi sistemi kullanım faydaları ile ilgili değerlendirmelerinde cinsiyetlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna karşılık, tıbbi birimlerde çalışan tıbbi sekreterler, idari birimlerde çalışanlara oranla tıbbi hizmetlerin daha kaliteli verilmesinde hastane bilgi sistemi kullanımının faydasının daha fazla olduğu görüşündedirler.

Araştırmaya katılan tıbbi sekterlerin çalıştıkları birimlere göre yapılan değerlendirmede, hastane bilgi sistemi kullanımının sağladığı faydalardan "bilgilere daha kolay ulaşma" maddesine tıbbi birimlerde çalışan sekreterlerin idari birimlerde çalışanlara oranla daha fazla katıldıkları bulunmuştur. Ayrıca maddeler esas alınarak yapılan değerlendirmede de bu madde en

yüksek katılım alan maddedir. Burada tıbbi sekreterlerin bilgi teknolojilerini yoğun olarak kullanmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü tıbbi sekreterlerin birçoğu artık bağımsız tek bir bilgisayar kullanmamaktadır. Ayrıca, hastanelerdeki büro bilgisayarlarının çoğunluğu intranet veya internet ağı üzerinden bağlantı kurarak kullanıcılarına enformasyon hizmeti sunmaktadır. Böylece tıbbi sekreterler, hasta yönetim sistemini kullanarak hastaların adı, yaşı, adresleri ve tüm hastalık hikâyelerini, hatta hastanede yatış sürelerini de kapsayan bilgilere anında ulaşabilmektedir [17].

Ayrıca araştırmaya katılan tıbbi sekterlerin çalıştıkları birimlere göre yapılan değerlendirmede, hastane bilgi sistemi kullanımının sağladığı faydalardan istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunan "çalışanlar arasında iletişimi kolaylaştırma", "çalışanların performansının ölçülmesi", "malzeme ihtiyaçlarının daha etkili planlanması", "poliklinik hastalarına randevu verme ve hasta atama", "tıbbi görüntülerin analizi", "ilaç ve diğer tıbbi cihaz ve sarf malzemelerinin takibi", "bilgisayar destekli tıbbi karar alma" ve "bordro hazırlama ve hesap çıkarma" ifadelerinin tamamında tıbbi birimlerde çalışan sekreterlerin katılım oranları daha yüksektir. Burada tıbbi birimlerde çalışan sekreterlerin bu ifadelerde belirtilen işlevleri yerine getirmede daha fazla çalışmalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada özel hastanelerde çalışan tıbbi sekreterler hastane bilgi sisteminin "poliklinik hastalarına randevu verme ve hasta atamada" kamuda çalışanlara göre daha faydalı olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Bu bulguda özel sağlık kuruluşlarının randevu sistemini daha etkili kullanmalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Yapay zeka ve istatistik biliminin desteğiyle çeşitli algoritmalar, olasılıksal olarak karar verici sonuçlar verebilmektedir. Tedavide karar verici bilişim desteği olarak adlandırdığımız bu sistemde, daha önceki tedavi kararlarıyla, hastalık semptomları, tahlil sonuçları ve doktorun kişisel görüşlerini bir araya getirerek, çeşitli olasılıklarla tedavi kararının neler olabileceğine bilişim desteğiyle karar verilir [13]. Dolayısı ile artık tıbbi karar alma sürecinde bilgi sistemleri kullanılmaya

başlanmıştır. Bu çalışmada tıbbi sekreterler “bilgisayar destekli tıbbi karar alma” (3,66±1,71) maddesine orta düzeyde bir katılım göstermişlerdir. Burada henüz sistemin Türkiye’de yeterince yaygınlaşmamasının etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü yaygın olarak kullanılmaya başlanılan “tıbbi görüntülerin analizi”nde bilgi sistemlerinin kullanımına yüksek seviyede katılım olduğu bulunmuştur (3,91±1,51).

Tıbbi sekreterler hastane bilgi sistemi kullanımının en çok faydayı sağladığı ilk üç ifadeyi sırasıyla; “bilgilere daha kolay ulaşma” (4,26±1,19), “tıbbi hizmetlerin daha kaliteli verilmesi” (4,11±1,29) ve “poliklinik hastalarına randevu verme ve hasta atama” (4,03±1,45) olarak sıralamışlardır. Benzer bir araştırmada bilgi sisteminden sorumlu yöneticiler, hastane bilgi sistemi kurulmasının önemini sırasıyla birinci derecede maddi kaçakların önlenmesi, ikinci derecede etkili tıbbi hizmet sunumu ve üçüncü sırada zaman kaybının önlenmesinde faydalı olacağı görüşündedirler [15].

Tıbbi sekreterler hastane bilgi sistemi kullanımının en düşük fayda sağladığı üç ifadeyi ise sırasıyla “hasta bakımının planlanması” (3,53±1,71), “envanter kontrolü” (3,58±1,71) ve “ameliyathane ve tanı ünitelerini daha etkin planlama” (3,67±1,68) şeklinde belirtmişlerdir. Ancak kayda değer bir bulgu, en düşük katılım alan maddeler dahi orta düzeyin altına düşmemiştir. Dolayısı ile en düşük seviyede katılım almakla birlikte bu alanlarda da bilgi sistemi kullanımının faydalı olacağı düşüncesinin hâkim olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, araştırmaya katılan tıbbi sekreterler genel olarak bilgi sistemlerinin önemine inanmakta ve bu konuda eğitim almaktadırlar. Özellikle bilgisayar donanımı, ofis programları ve hastane bilgi sistemleri konusunda kendilerini yeterli görmektedirler. Ayrıca hastane bilgi sistemlerini farklı seviyelerde kullanabilme yeteneğine sahip görmektedirler.

Kaynaklar

- [1]HAUX R. Health Information Systems; Past, Present, Future, International Journal of Medical Informatics. 2006; (75): 268–281.
- [2]GÖZCÜ S. İşletmelerde Büro Örgütü ve Verimlilik, Verimlilik Dergisi. 1975; (2): 31–48.
- [3]JOHNSON M. Gelecek Bin Yılda Yönetim, Çev. Sinem Gül, İstanbul, Sabah Kitapları, 1996.
- [4]UZAY N. Bilgi Teknolojilerindeki Gelişme ve Verimlilik Artışı, İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi. 2001; (25): 259–285.
- [5]TÖRECİ E. Yeni Bin Yıla Adım Atarken, Türkiye Bilişim Kültürü Dergisi. 1999; (72): <http://web.cs.hacettepe.edu.tr/~toreci/yazi1.html>.
- [6]DİKMEŞ E. Bilgi Teknolojisinin Sağlık Kurumlarında Oluşturduğu Değişim, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Kitabı. Ankara, 2005: 91–97.
- [7]TENĞİLİMOĞLU D, IŞIK O, AKBOLAT M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2009
- [8]YILMAZ A, ALOĞLU E. Hastane Bilgi Sistemleri, 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı. Eskişehir, 2002: 16–19
- [9]MURPHY FG. Computer-Basedpatient Records- a Unifyin Principle. In: Health Information Management of Strategic Resource. Adelhak M, Grosticks S, Hanken MA, Jacops E Eds. W.B Saunders Company, 1996: 574-622.
- [10]YAZAR B. ESATOĞLU AE. Hastane Bilgi Sistemi Kullanıcılarının Hastane Bilgi Sistemine İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Kitabı. Ankara, 2005: 144–151.
- [11]KÖKSAL A, ESATOĞLU AE Ankara İlindeki Üniversite ve Özel Hastanelerde Kullanılan Elektronik Hastane Bilgi Sisteminin Analizi, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Kitabı. Ankara, 2005: 122–132.
- [12]<http://www.hospitalinformationsystem.com/benefits.html>, Erişim Tarihi: 09.09.09

- [13] YILMAZ G, DEMİR D Tedavi Karar Vermede Bilişim Desteği, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Kitabı. Ankara, 2005: 86-97.
- [14] ALTUNIŞIK R, COŞKUN R, BAYRAKTAROĞLU S ve ark. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı. Sakarya, Sakarya Kitabevi, 2005.
- [15] TAŞDEMİR S. Sağlık Bakanlığının Sağlık Enformasyon Sistemi Projeleri ile Ankara'daki Sağlık Bakanlığı Hastanelerde Mevcut Bilgisayar Sistemleri Entegrasyonunun Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi ABD., 2005.
- [16] TEKİN PS., KAYA S. Doktorlar Elektronik Tıbbi Kayıtlara Hazır mı? Zonguldak'taki İki Hastanede Yapılan Bir Araştırma, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2003; 6(3): 35-58.
- [17] SEN, B. Information technology. The Essential Medical Secretary: Foundations for Good Practice. In: Stephanie J. Gren Ed., 2nd Edition, Bailliere Tindall, AMSPAR. (2005),

ÇOCUKLUKLARDA AYAK GELİŞİMİNİ VE DEFORMİTE OLUŞUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

NİLGÜN BEK

*Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye,
nilbek@hacettepe.edu.tr*

ÖZET

Ayak problemleri, günümüzde sıklıkla karşılaşılan ve bireylerin yürüme, ayakkabı giyme, ayakta durma gibi fonksiyonel aktivitelerini zorlaştıran sorunlardandır. Ne yazık ki, yetişkin birer birey olana dek, ayaklardaki sorunların habercisi olan bazı uyarılar dikkate alınmamakta, ayak problemlerinin hazırlayıcısı olan bazı faktörler gözden kaçırılmaktadır. Literatüre bakıldığında, yetişkin ayağında ortaya çıkan çoğu problemin okul çağına dayandığı belirtilmektedir. Bu nedenle çocukluk çağında ayağa yük bindirecek, normal yüklenmesini değiştirebilecek faktörler, bazı deformite ve bozukluklar için hazırlayıcı faktörlerin bilinmesi ve normal ayak gelişimi süresince göz önünde bulundurulması, ayak sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Ayak, Deformite, Etkileyen Faktörler.

GİRİŞ

Çocuklarda görülen ayak deformitelerinin başlangıcı, esasında bebeğin anne karnında geçirdiği zamana dayanır. Fetüsün uterus içi pozisyonu, ikiz ya da yüksek doğum ağırlıklı bebeklerde olduğu gibi alışılmışın dışında sıkışık pozisyon, alt ekstremitelere ya da kalçaya ait idiopatik gelişim gerilikleri ya da pozisyon bozuklukları yeni doğanda fark edilebilen ya da zamanla gözlemlenebilen bazı problemlere yol açabilmektedir. Yeni doğanda, kemiksel eklem temasları tam olarak oluşmadığından, bütünlük yumuşak doku ile sağlanır. Bebeklerin ayakları çok yumuşak olduğundan düzeltilen bazı konjenital deformitelere daha müsaittir ve ayakları anormal ağırlık aktarımına bağlı olarak

deforme olabilmektedir. Ayak problemine en çok rastlanan yaş aralığı neonatal dönem ile okul öncesi dönem arasındadır, ancak problemlerin fark edilmesi çok daha sonraki dönemlerde, genelde ilköğretim döneminde olmaktadır. Genç ayakların problemlerinin büyük çoğunluğu daha karmaşıktır ve ayakkabı alışkanlığı, ayak tipi, enfeksiyon, yaralanmalar, anatomik anormallikler, biyomekaniksel anormallikler, sonradan kazanılmış deformiteler, konjenital ve genetik anormallikler, postüral anormallikler, cerrahi ve medikal durumlar, dermatolojik durumlar gibi faktörlerden etkilenebildiği belirtilmektedir [1].

Ancak, çocukluk çağında ayakta deformite oluşumuna doğrudan etki eden faktörler ve bu etmenlerin etki dereceleri günümüzde çocuklarla çalışan hekimler, fizyoterapistler ve ebeveynler tarafından yeterince göz önünde bulundurulmamaktadır. Biz de burada, uzun süredir ayak patolojilerinin gelişimi, önlenmesi ve tedavisi konularında akademik düzeyde çalışan bir sağlık çalışanı olarak, çocuk ayağının normal ve patolojik gelişimini etkileyen faktörlerden literatürde sıklıkla üzerinde durulan bazı başlıkları özetlemeye çalıştık.

LİTERATÜR ÖZETİ

Literatürde gelişmekte olan ayak yapısı üzerine etkili pek çok faktörden söz edilmektedir. Deneyimlerimize göre etkileri en çok merak edilen ve sorgulanan, literatür çalışmalarında da sıklıkla üzerinde durulan, çocukluk çağında ayağın normal gelişimini ve deformite oluşumunu etkileyen faktörlerden bazıları ve etkileri şunlardır:

Aile Hikâyesi: Genetik faktörler de ekstrasik faktörler gibi, büyüme evresi boyunca ayak gelişimini etkilemektedir [2]. Esnek Pes Planus [PP]'lu çocukların anne babalarında ve kardeşlerinde pes planus oranının yüksek olduğu kaydedilmiştir [3]. Ayrıca eklem laksitesinin ailesel geçişli olduğu da belirtilmektedir [4]. Ailede kadın kuşakları boyunca yatkınlığı görülen bazı deformiteler vardır, örneğin halluks valgus deformitesi hikayesi olan olgularda, soygeçmiş hikayesinde anne, annanne, teyze gibi yakınlarda sıklıkla görüldüğü belirtilmektedir [5].

Yaş: Pes planus için en belirleyici özelliklerinden biri olup, yaş artışına paralel olarak PP sıklığı azalmaktadır [6]. Pes Kavus [PK] deformitesi 3 yaşın altındaki çocuklarda daha az sıklıkla gözlemlenmektedir çünkü yumuşak dokular altta yatan yapısal deformiteyi gizleyebilmektedir. Bu nedenle 7–10 yaşlarından sonra peskavus deformitesinin değerlendirilmesi daha güvenilir sonuçlar vermektedir. Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptıkları epidemiyolojik araştırma sonucunda 1. derece PK deformitesine sahip olgularda deformitenin yaşa bağlı olarak azaldığı, belirgin deformiteye sahip olgularda ise yaşla beraber giderek arttığı ortaya konmuştur. Rao ve arkadaşlarının 2300 çocuk üzerinde yaptıkları araştırma sonucuna göre, ark yaş ile spontan olarak gelişmektedir [7].

Yaş ile birlikte ayak yapısında değişiklikler meydana gelebilmekte ancak ayakta uygun yük dağılımını oluşturma potansiyeli ile cevap verebilmektedir. Özellikle kas-iskelet sisteminde ve nörolojik karakteristiklerde meydana gelebilen değişiklikler, ilerleyen yaş ile ilişkilendirilebilmekte ve ayak deformitesi, hareket açıklığında azalma, güç kaybı ve plantar taktıl duyunun azalması gibi durumlar oluşabilmektedir. Bunlar plantar yüklenme paternini değiştirmektedir. Ayağın ilerleyen yaş ile birlikte yük dağılımına verdiği cevabı gözlemleyebilmek için Scott ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, yaşlı grupta, topuk ve lateral ön ayakta daha çok yüklenme olduğunu belirtmişlerdir. Daha önceki çalışmalar göstermiştir ki, yaş, eklem pozisyonu, eklem hareket açıklığı, halluks valgus derecesi, ayak

altındaki yüklenme noktalarını etkilemektedir [8].

Cinsiyet: Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı epidemiyolojik araştırma sonucunda cinsiyetler arasında PK deformitesinin sıklığı ve deformitenin şiddeti açısından fark saptanamamıştır [4]. Pfeiffer ve arkadaşlarının 948 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmalarında erkeklerde kızlara oranla PP eğiliminin daha fazla olduğu yönünde sonuçlar yer almaktadır: PP prevelansı erkeklerde %52 iken kızlarda %36 şeklindedir ve arka ayak valgusu erkeklerde her yaş grubunda daha büyüktür. Buna ek olarak çalışmanın özetinde arka ayak açısının ortalama gelişimini kız ve erkeklere göre kıyasladıklarında, 1 yıl içerisinde erkeklerde daha az gelişim olduğu belirtilmiştir [5].

Ayağın düşük arktan normal arka doğru fizyolojik gelişimi kızlarda erkeklere göre karşılaştırıldığında daha erken olduğu gösterilmiştir [2]. Ayrıca esnek PP' un, erkeklerde kızlara göre daha sık ortaya çıktığını belirten birçok çalışma mevcuttur [3]. Clubfoot deformitesi de kızlardan 2 kat fazla oranda erkekleri etkilenmektedir [9].

Dominantlık: Yaşam boyu ilk adım olarak kullanılan ve daha fazla ağırlık taşıdığı düşünülen dominant ayağın deformite gelişimi açısından daha fazla risk taşıyıp taşımadığı da incelenen konular arasında yer almaktadır. Yalçinkaya ve arkadaşlarının yaptığı epidemiyolojik araştırma sonucunda peskavus deformitesi olguların %5'inde tek taraflı ve %95'inde ise iki taraflı olduğu, ayrıca deformite şiddeti arttıkça sol tarafta görülme prevelansının arttığı gösterilmiştir [4]. Clubfoot deformitesinde de olguların yarısı bilateral olarak tutulum göstermektedir ve sağ tarafın sola göre daha çok etkilendiği belirtilmiştir [9,10].

Ayakkabı Alışkanlığı: Erken dönemde ayakkabı kullanımının erişkin dönemde ayağın şekline ve işlevine olumsuz katkısının oluşabileceği düşünülmektedir [3, 8, 11]. Özellikle longitudinal ark gelişiminde, doğumun ardından giyilen ilk ayakkabının zamanı, kullanılan ayakkabının tipi, gün içerisinde kullanım süresi ve ayakkabının sadece ev içinde veya dış ortamlarda da

kullanım sıklığının etkili olabileceği belirtilmektedir [12]. ‘Çabuk ayakkabı yıpratma alışkanlığı’ çocuklarda ayak problemlerinin değerlendirilmesinde kullanılan bir ayrıntıdır [13]. Rao ve Joseph, 4 ile 13 yaş arasındaki 2300 çocukta yaptıkları değerlendirmede, statik ayak baskılarını gözlemlemişler ve sonuç olarak ayakkabı giymeyen çocuklarda daha yüksek oranda normal arkın oluştuğunu, ya da erken çocukluk döneminde ayakkabı kullanımının medial ark oluşumunu kötü yönde etkileyebileceği sonucuna varmışlardır. Ayrıca 6 yaş dönemini kritik gelişme dönemi olarak belirtmişler ve 6 yaşından önce ayakkabı giyen çocuklarda pes planus görülme sıklığının daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Bu kritik gelişme döneminde ayakkabı giymek, intrinsik ayak kaslarını zayıflatmakta ve medial gelişimini düzensizleştirmektedir. Rao ve arkadaşlarına göre, parmak kısmı kapalı olan ayakkabı kullanımı, sandalet veya terlik kullanımına göre ayağın ark gelişimini daha çok aksatmaktadır. Bu durum terlik veya sandaletlerde intrinsik kasların daha aktif olmasından dolayı olabilmektedir. Bu çalışmacılara göre; çocuklar ayakkabısız oyun oynamaları yönünde cesaretlendirilmeli ve önu kapalı ayakkabıların terlik ve sandaletlere göre daha zararlı oldukları yönünden aileler bilgilendirilmelidir.

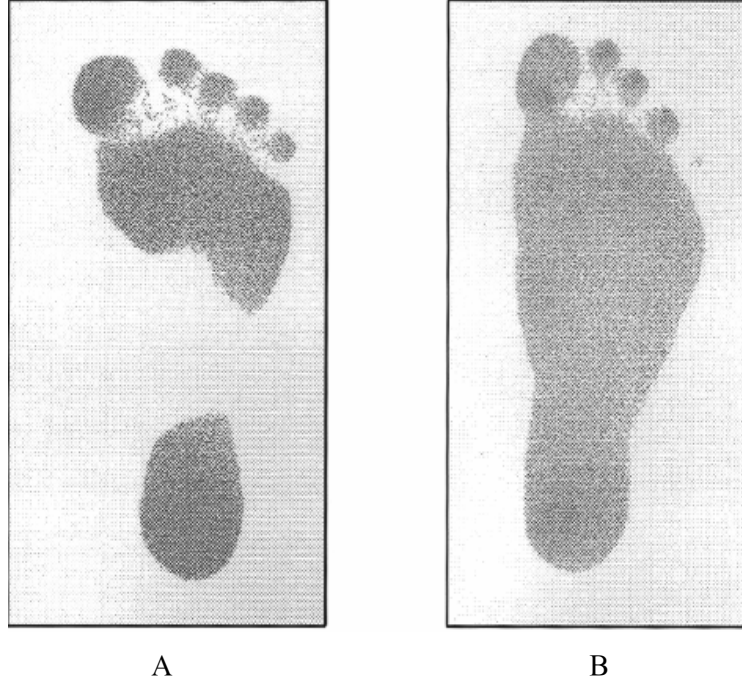
PP ile ilişkili olduğu düşünülen laksite ve obezite elimine edildiği zaman ayakkabı kullanan çocuklarda, kullanmayanlara göre PP görülme insidansı daha yüksektir [8]. Günde 8 saat ayakkabı giyen çocuklarda, giymeyenlere göre PP görülme sıklığı daha fazladır [12]. Echarrri ayağın medial arkının gelişiminin ayakkabı giyiminden etkilenebileceğini ortaya koymuştur [11]. Sim-fook ise Çin’de yaptığı bir çalışmada ayağın doğal halinin mobil ve esnek olduğunu, ayakkabının ayağın hareketlerini kısıtlayarak statik deformitelere neden olabileceğini belirtmiştir [14].

Avrupa ve Amerika’da PP, çocukların, ortopedik kliniklere başvurmalarının en yaygın nedenidir. Fakat Hindistan’da yaşayan çocuklar PP tedavisine nadiren başvurumaktadırlar. Ayakkabı kullanımının halluks valgus riskini arttırdığı [Sim-Fook ve Hodgson 1958] ve halluks varus insidansını

azalttığı [Joseph, Jacob ve Chacko 1984; Joseph ve arkadaşları 1987] bilinmektedir [8].

Eklem Laksitesi: Eklem laksitesi, sinovial eklemlerin normal limitinden daha yüksek hareket genişliğine sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Ailesel geçişli olduğu bilinmekte ve kızlarda erkeklere oranla daha yaygın olarak rastlanmaktadır [4]. El ve arkadaşlarının 579 ilkökul öğrencisini içeren çalışmalarında, kızlarda erkeklere göre hipermobilitate skorlarının daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır [11]. Ayrıca laksite yaş ile birlikte azalmaktadır [4]. Eklem bağlarında gevşeklik [laksite] olanlarda esnek PP görülme riskinin arttığı belirtilmektedir. Laksite ailesel olabilmekte veya Ehler Danlos, Down, Marfan gibi sendromlara eşlik edebilmektedir [3]. Flatfoot (düz tabanlık) görülen ayaklarda da eklem hipermobilitesi ortak bir durumdur. Literatürde iyi huylu eklem hipermobilitesi hakkında rapor edilen sıklık %5–12 arasındadır [11, 15].

Vücut Ağırlığı: Çoğu çalışma, obezite ve farklı patolojiler arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Aşırı ağırlık aktarımı ile ilişkili olduğu düşünülen birçok ortopedik sorun söz konusu olsa da bunların sıklığını belirten çok az çalışma mevcuttur. Flatfoot aşırı kilo ile ilişkilendirilebilen ortopedik problemlerden biridir [16]. Çoğu araştırmacıya göre, obezitenin sebep olduğu aşırı ağırlık aktarımı alt ekstremiteleri ve ayakları olumsuz yönde etkilemektedir [Şekil 1] [17]. Riddiford-Harland ve arkadaşları, 62 obez [Beden Kütle İndeksi > %95] ve 62 obez olmayan [%10 < Beden Kütle İndeksi < %90] okul çağı çocuklarının [ortalama yaş; 8.5 ± 0.5] ayak yapılarını incelemişler ve obez çocuklarda artmış ayak izi açılarını elde etmişlerdir. Artmış ayak izi açıları, değişmiş ayak yapısını, azalmış longitudinal arkı, düzleşmiş kaviteyi ve ayak izinde genişleşmiş orta ayak alanını ifade etmekte ve ayak fonksiyonlarını zora sokmaktadır. Riddiford-Harland ve arkadaşlarının elde ettiği bu sonuca göre, 8 yaş gibi erken çocukluk döneminde ve ayak yapısal gelişiminin katkısı olan bu önemli dönemde, devamlı bir aşırı yüklenme anlamına gelen, aşırı vücut ağırlığı ilerleyici semptomlara sebep olarak ayak yapısını olumsuz yönde etkilemektedir [18].



Şekil 1. Obez olmayan bir olgunun ayak izi [A] ile obez bir olgunun ayak izinin [B] karşılaştırılması [17]

4 ile 5 yaş arası, aşırı kilolu çocuklarda flatfoot görülme sıklığının daha yüksek olduğu konusunda sonuçlar elde edilmiştir [11]. Pfeiffer ve arkadaşlarının çalışmasından elde edilen sonuçlara göre, obez çocuklarda normal kilodaki çocuklara göre flatfoot görülme eğiliminin 3 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir [5]. Dowling ve arkadaşlarına göre, yapısal değişiklik, özellikle longitudinal arkın düzleşmesi obezite ile ilişkilidir, fakat bu değişikliğin gözle görülebilir olup olmayacağı veya ileride ayak patolojisine sahip olup olmayacağı belirgin değildir [17]. Geçmişteki bilgilere saygı göstererek, artan fazla kilolu ve aşırı kilolu bireyleri düşünerek, çocuklarda flatfoot görülme sıklığının ve kliniksel ilginin gelecekte artacağı söylenebilir [5].

Araştırmacılar, obezite ile ayak yapısındaki fonksiyonel değişiklikleri gözlemlerken, hem dinamik hem de statik plantar basınçta paralel değişiklikler olup olmadığına yönelmişlerdir. Ergenlik çağı öncesi, çocuklarda, geçici kütle artışı statik ve dinamik plantar basınçın artmasına sebep

olmakta fakat ayak yapısında değişikliklere sebep olmamaktadır. Fakat obeziteyle ilişkin uzun süreli artmış vücut kütlesi, çocukta ayağın temas alanının genişlemesine ve Medial longitudinal arkın (MLA)'nın düzleşmiş görünmesine sebep olmaktadır. MLA, geçici veya kalıcı artmış ağırlığa bağlı olarak ortaya çıkmasının ayak problemleri veya ayak patolojileri ile ilgili olabileceği net olarak açıklanmış değildir [17]. Vücut ağırlığının gelişimi etkilediği ile ilgili kanıtlar çalışmalarda yer alsa da, statik ve dinamik plantar basınç ile düzleşmiş MLA da olduğu gibi, ayak kompleksi kompensasyon mekanizması yardımıyla longitudinal ark çökmesi ile baş etmeyi becermektedir [2]. Gilmour ve Burns, 5.5–10.9 yaşları arasındaki bir grup obez çocukla çalışmışlar ve obez olmayan grupla karşılaştırdıklarında, ayak izi yöntemini kullanarak elde ettikleri ark indeksin daha yüksek değerlerde olduğunu MLA'nın ise daha düşük olduğunu saptamışlardır [19].

Villarroya ve arkadaşlarının kilolu ve obez çocuklar üzerine yaptıkları çalışmada, Beden Kütle İndeksi'ne göre obez olmayan

ancak kilolu çocuklarda düşük MLA yerine orta derecede ark tespit edilmiştir. Normal kilolu, aşırı kilolu/obez kişilerin ayak yapılarındaki değişiklikleri ortaya koymak, aşırı kilolu veya obez kişilerde her zaman düşük değerlerde MLA ve bunun yarattığı semptomlar görülmesi konusunda genelleme yapmak için yeterli değildir. Bu konuda çalışmalar yapılması gerekmektedir [16].

Ortopedik Problemler: Rotasyonel deformiteler, patolojik tibia varum, genu valgum, internal tibial torsiyon vb ortopedik deformiteler PP gibi ayak problemlerinin görülme sıklığını arttırmaktadır [3]. Bu tip pozisyonel eğilimleri çocuğun yürümeye başladığı ilk zamanlarda tespit ederek önlemlerini almak, gerekli tedavi ve önerileri vermek, ortopedik problemlere sekonder olarak ayak patolojileri gelişimini önlemek açısından önemlidir.

Kas Zayıflığı ve Dengesizliği: Kas zayıflığı ve dengesizliğine yol açan durumlar, miyopati, periferik sinir yaralanması, medulla spinalis tutulumu [polio], serebral palsi vb, PP gibi ayak problemlerinin görülme sıklığını arttırmaktadır [3]. Bu tip problemleri olan çocuklarda aile ve tedavi hizmeti veren kişiler daha çok hastalığın bütüncül sistemik etkilerine odaklanarak ciddi bir deformite gelişene kadar ayağı ihmal etmektedirler. Ayak bileği çevresi kaslarında bilinen zayıflık, güç dengesizliği ya da spastisite varsa ayak korumaya alınmalı ve ardından fonksiyonellik desteklenmelidir.

KLİNİK DENEYİM VE SONUÇ

Pediyatrik grup hastalarımızdan, birlikte çalıştığımız diğer disiplinlerden ve ailelerden edindiğimiz deneyimler bize, sağlık çalışanı olsun yada olmasın yetişkinlerin çocukların ayakları hakkında oldukça fazla endişeli

olduklarını göstermiştir. Elbette yukarıda sözü edilen faktörler ve beraberinde her çocuk için etken olabilecek bireysel faktörlerin varlığı söz konusu olmasına karşın, çocuk ayağı 6-8 yaşına kadar gelişimini tamamlamamış bir yapıdır, bu süreç içinde normal ayak yapısı ve görünümünden bazı farklılıklar göstermesi de doğal karşılanmalıdır. Örneğin sıklıkla yaşanan bir olay ailelerin henüz yürümeye başlamamış 9-10 aylık bebeklerini kucaklayıp ayaklarında düz taban olup olmadığını merak ettiklerini söylemeleridir ki henüz ağırlık taşımaya başlamamış bir ayakta bunu anlamak imkansızdır [20]. Çocuk ayağının küçültülmüş bir yetişkin ayağı olmadığını unutmamak kaydı ile ayağı ve çocuğu bir süre normal gelişim periyodu içerisinde müdahale etmeden takip etmek böylesi durumlarda yapılabilecek en doğru yaklaşımdır. Bu süreç boyunca, yukarıda sözü edilen deformite oluşumunu artırıcı faktörlerden engellenebilecek yada kontrol altına alınabilecek olanlar konusunda da titizlik gösterilmesi, ayağın normal yapısının belirlenmesinde referans sayılan bazı basit ölçümlerin aralıklı olarak tekrarlanması yerinde olacaktır [21, 22]. Elbette gözle görülebilir derecede deforme yada farklı bir ayak söz konusu ise, normal gelişim sürecini beklemek problemin tedavisinde gecikmesine ve dolayısıyla hasarın kalıcı olmasına yol açabileceğinden uzman görüşü alınması konusunda hassas davranmak gereklidir. Ayrıca, çocukların ayakları olabilecek en erken dönemde ayakkabı içine sokulmaya çalışılmamalı, mümkün olduğunca çocuklar ev, kreş, anaokulu gibi ortamlarda ayakkabısız yürümeye teşvik edilmelidir, çünkü çalışmalar ve deneyimlerimiz erken ayakkabı alışkanlığını ayaklardaki deformite oluşumunu hızlandırdığını göstermektedir [8, 20].

KAYNAKLAR

- [1] Volpon, J. B., (1994). Footprint analysis during the growth period. J. Pediatr Orthop, 14, 83–88.
- [2] Morrison, S., C., Durward, B., R., Watt, G., F., Donaldson, C. (2005). The intra-rater reliability of anthropometric data collection conducted on the peripubescent foot: A pilot study. The Foot, 15, 180–184.
- [3] Rao, U. B., Joseph, B. (1992) The influence of footwear on the prevalence of flat foot, a survey of 2300 children. Kasturba Medical College. July; 74 [4].

- [4] Sivaslı, E., Bozkurt, A.İ., Özçarpıcı, B., Şahinöz, S., Coşkun, Y. (2006). Gaziantep yöresinde 7–15 yaşındaki çocuklarda vücut kütle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49, 30–35.
- [5] Bek, N., Kürklü, B. (2001). Halluks Valgus Tedavisinde Kullanılan Farklı Konservatif Yöntemlerin Etkinliğinin araştırılması,” *Artroskopi- Artroplastik Cerrahi*, 13[2], 90-93.
- [6] Menz, H. B. (1998). Alternative techniques for the clinical assessment of foot pronation. *JAPMA*, 88, 119.
- [7] Merriman, L. M., Turner, W. (2002). *Assessment of the Lower Limb*. [2nd edition]. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- [8] Mc Poil, T., Cornwall, M. W. (1996). Relationship between neutral subtalar joint and pattern of arka ayak motion during walking. *Foot Ankle Int.*, 15, 141.
- [9] Stahali, L. T., Chew, D. E., Corbett, M. (1987). The longitudinal arch. a survey of eight hundred and eight-two feet in normal children and adults. *The Journal Of Bone & Joint Surgery*, 69,426–428.
- [10] Bek, N., Uygur, F., Yakut, Y., Kürklü, B. (2000). Konjenital Pes Ekinovarusta Aktif Fizyoterapi Programının Etkinliğinin Araştırılması, *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 11[2], 75-82.
- [11] Mcpoil, T., G., Cornwall, M., W., Medoff, L., Vicenzino, B., Forsberg, K., Hilz, D., (2008). Arc Height change during sit-to stand: an alternative for the navikular drop test. *Journal of Foot and Ankle Research*, 1[3], 1–11.
- [12] Burdette, H. L., Whitaker, R. C., Daniels, S. R. (2004). Parental report of outdoor playtime as a measure of physical activity in preschool – aged children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 158, 353–357.
- [13] Razeghi, M., Batt, M. E., (2002). Foot type classification: a critical review of current methods. *Gait and Posture*, 15, 282–291.
- [14] Carpintero, P., Entrenas, R., Gonzalez, I., Garcia, E., Mesa, M. (1994). The relationship between pes cavus and idiopathic scoliosis. *Spine*, 19, 1260–1263.
- [15] Braun, S. (1997) Hollow foot in adults. *Rev. Prat.*, 47, 26-31.
- [16] Pfeiffer, M., Kotz, R., Ledl, T., Hauser, G., Sluga, M. (2006). Prevalence of flatfoot in preschool-aged children. *Pediatrics*, 118, 634–639.
- [17] Menz, H.B., Munteanu, S.E. (2005). Radiographic validation of the Manchester scale for the classification of halluks valgus deformity. *Rheumatology*, 44, 1061–1066.
- [18] Merriman, L. M, Tollafield, D. R. (2000). *Clinical Skills in Treating the Foot*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- [19] Mosca, V., S., (1995). Calcaneal lengthening for valgus deformity of the hindfoot. Results in children who had severe symptomatic flatfoot and skewfoot. *J Bone Joint Surg Am*, 77, 500–512.
- [20] Bek, N., Bayar, B., Kavlak, Y., Uygur, F., Koca, B. (2001). “ 3-7 Yaş Arası 600 Çocukta Foot-Print Yöntemiyle Ayağın Değerlendirilmesi”, III. Uluslararası Katılımlı Ulusal Protez Ortez Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara, ss.112.
- [21] Erel, S., Şimşek, E., Kavlak, Y., Mutlu, A., Bek, N., Yakut, Y., Uygur, F. (2004). “ Genç ve Yaşlı Popülasyonda Ayağa Ağırlık Aktarılmasının Subtalar Pozisyona Etkisi” *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 15[3], 182.
- [22] Kavlak, Y., Erel, S., Şimşek, E., Mutlu, A., Bek, N., Yakut, Y., Uygur, F. (2004). “ Ayak Değerlendirmelerinde Feiss Hattı ile Ark Yükseklik-Uzunluk Oranı İlişkisi” *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 15[3], 182.

SAĞLIK FİNANSMANINI DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, Ankara, Türkiye
gulbiyey@yahoo.com

ÖZET

Bu çalışmanın amacı ülkemizde ve dünyada son yirmi yıldır yoğun bir şekilde tartışılmakta olan sağlık finansmanını özel bir teorik değerlendirme çerçevesi ile ele alıp incelemektir. Bu amaçla çalışma, önce sağlık finansmanı amaçlarını ve işlevlerini tanımlamaktadır. Daha sonra, sağlık finansmanı amaçlarına ulaşıp ulaşılamadığını değerlendirebilmek için sağlık ekonomisi ve sağlık politikası yazınında sıkça kullanılan dört ölçüt ele alınmaktadır. Bu ölçütler; tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetleri finansmanında adalet ve gelirin yeniden dağıtılması, sağlık hizmetleri finansmanında verimlilik ile sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliği ölçütleridir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık finansmanı, tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak, sağlık finansmanında adalet, sağlık finansmanında verimlilik, sağlık finansmanında sürdürülebilirlik.

Giriş

Sağlık finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır [1]. Sağlık hizmetlerinin sunumunu da dikkate alan başka bir tanım, sağlık hizmetleri finansmanını kaynak aktarımı şeklinde basitleştirmektedir [2]. Bu yaklaşıma göre, hizmet sunucu sağlık hizmetleri kaynaklarını hastalara, hastalar veya finansal koruma sağlayan üçüncü taraf ödeyiciler ise finansal kaynakları hizmeti sunanlara aktarmaktadırlar. Bir mal veya hizmet karşılığında en basit ödeme şekli olan doğrudan ödemede, tüketici (birinci taraf), bir mal veya hizmet karşılığını doğrudan hizmet sunana (ikinci taraf) ödemektedir. Sağlık sistemleri, hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamak için üçüncü taraf ödeyicileri geliştirmiştir. Özel ve kamu kuruluşu olabilen

üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerini finanse etmek için, güvence altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Toplanan gelir ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır. Sağlık sistemleri sadece hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamakla kalmamış, zamanla kişilerarası yeniden dağıtım aracı haline de gelmiştir [2].

Sağlık finansmanının amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır. Ayrıca bu kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, finansmanda adaleti gözetmek ve kaynak oluştururken hane halklarının yoksullaşmasını engellemek hedefleri de bulunmaktadır [3-5]. Sağlık sistemleri herkese, yeterli düzeyde ve adaletli bir yöntemle finansal koruma sağlamak amacıyla kurulmuşlardır. Ancak zaman içinde yaşanan ekonomik ve demografik sorunlar kaynakların sürdürülebilmesi için verimli kullanılmaları gerektiğini de gündeme getirmiştir. Ayrıca cepten ödemelerin hemen her sağlık sisteminde varlığını sürdürmesi, hane halklarının yoksullaşmamasının gözetilmesini kaçınılmaz kılmıştır [6].

Sağlık finansmanının üç temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma işlevleridir [3,7,8]. Gelir toplama; hane halkları, şirketler ve donörlerden para toplama yöntemlerini gösteren bir fon oluşturma sürecidir [3]. Gelir toplama işlevi; kimin, hangi yöntemle, ne kadar ödeme yapacağı; bu ödemelerin kimleri ve neleri kapsayacağı ve

ödemeleri toplayacak kurumları kapsamaktadır [2].

Kaynaklar genel olarak hane halkları ve şirketlerden toplanmaktadır. Toplama yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır. Gelir toplama yöntemleri “finansman yöntemleri” olarak da adlandırılmaktadır. Geliri toplayan kuruluşlar kar amaçlı özel kuruluşlar, kar amacı taşımayan özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları olabilmektedir [2]. Sağlık finansmanı için gelir toplanmanın en önemli özelliği anılan gelirlerin hizmetin kullanımı öncesinde (cepten ödemeler dışında) toplanmasıdır. Cepten ödemelerin varlığı bazı bireylerin veya bazı hizmetlerin güvence altına alınmadığını göstermektedir. Hizmetin kullanımı öncesinde toplanan gelirlerin düzeyi, finansal riski yayma derecesi ve gelir düzeyi çok düşük olan bireylerin hangi oranda sübvans edildiği, sağlık finansmanının gelir toplama başarısı ve finansmanda adalet açısından çok önemlidir [3].

Sağlık finansmanında fon havuzlama; sağlık hizmetlerine yapılacak ödemelerin riskinin, fonlara katkı sağlayan tüm üyelerce paylaşılması temeline dayanan bir gelir biriktirme ve yönetim şeklidir. Geleneksel olarak “sigorta işlevi” adıyla da anılan fon havuzlamanın temel amacı, belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskini paylaşmaktır [3, 8]. Ayrıca fon havuzlama sağlık hizmetleri talebini destekleyip fon akışını garantilediğinden, hizmet sunucular için belirsizliği azaltmakta ve yeni yatırımlara yönelmeyi teşvik etmektedir [3]. Gelir toplama işlevinde olduğu üzere fon havuzlama işlevini de farklı kurumlar yapabilmektedir. Ancak, geliri havuzlayan kuruluşlar ile gelir toplayan kuruluşlar genellikle aynı kuruluşlardır.

Sağlık finansmanında hizmet sunuculara ödeme yapma; toplanan gelirlerin üyelerin sağlık hizmetleri kullanımı karşılığında hizmet sunuculara aktarılmasıdır. Fon havuzlamada olduğu üzere ödeme yapmada da kimin adına ödeme yapılacağı bellidir. Fon havuzlayan ve ödeme yapan kurumlar genellikle aynı olmaktadır. Ödeme pasif veya stratejik olabilmektedir. Pasif ödeme fatura karşılığı

ödemedir. Stratejik ödeme ise hangi müdahalenin nasıl ve kim tarafından ödeneceğinin sürekli tartışıldığı daha dinamik bir ödeme şeklidir [3]. Gelir toplama ve fon havuzlama yöntemlerinde olduğu gibi, hizmet sunuculara ödeme yöntemlerinde de farklılıklar bulunmaktadır. Hizmet sunuculara ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemelerinden oluşmaktadır [4].

1. Sağlık finansmanını değerlendirme yöntemleri

Sağlık finansmanını değerlendirebilmek için sağlık ekonomisi ve sağlık politikası yazınında sıkça kullanılan tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetleri finansmanında adalet ve gelirin yeniden dağıtılması, sağlık hizmetleri finansmanında verimlilik ile sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliği ölçütleri dikkate alınacaktır [9-11].

1. 1.Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasası ile sağlığın bir hak olarak kabul edilmesi ve bu hakkın başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere birçok uluslararası belgede yer alması, ülkelerin sağlık hakkını anayasalarıyla güvence altına almasına yol açmıştır. Öte yandan, 20. yüzyılın ilk yarısından itibaren vergilerle finanse edilen “Ulusal Sağlık Hizmetleri” sistemine sahip ülkelerin, genellikle vatandaşlık (veya ikamet) esaslı ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamaya başlamış olması, sağlık güvencesinin tüm nüfusa yaygınlaşması hedefinin tüm dünya çapında benimsenmesine yol açmıştır. Ayrıca 1978 Alma-Ata Bildirgesi’nde yer alan “herkes için sağlık” sloganı ile temel sağlık hizmetlerinin toplumun tümüne yaygınlaştırılmasının hedeflenmesi de bu açıdan önemli bir kilometre taşı olmuştur [4,12].

“Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak” kavramı yeterli sağlık hizmetlerini, ödenebilir bir fiyatla, tüm nüfusun hizmetine sunmak olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak kavramı iki farklı kapsamı bir arada bulundurmaktadır. İlki, yeterli sağlık hizmeti sunmak, ikincisi ise

bu hizmetleri ödenebilir bir fiyatla tüm nüfusa sunmaktır. Sağlık hizmetlerinin ödenebilir fiyatla tüm nüfusa sunulması, hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlanması anlamına gelmektedir [4, 12-14]. Ancak yeterli sağlık hizmeti sunmak, sağlık sistemlerinin finansman dışındaki işlevlerinden biridir [2]. Bu çalışma kapsamında yalnızca, sağlık finansmanı işlevini ilgilendiren, tüm nüfusun hastalığın finansal riskine karşı korunması konusu dikkate alınmaktadır.

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak, “kapsamın genişliği” olarak da adlandırılmaktadır. Ancak bazı durumlarda hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlamak için yeterli olamamaktadır. Herhangi bir cepten ödeme yapmadan ulaşılabilecek sağlık hizmetleri kapsamını gösteren “kapsamın derinliği” kavramı da hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlama ile doğrudan ilişkilidir ve hizmete ulaşımı önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin Kore Cumhuriyeti’nde 1977’den 1989’a kadar olan süreçte nüfusun tamamı ulusal sağlık sigortası sistemi ile kapsam altına alınmıştır. Bu önemli bir gelişme olmasına rağmen, kapsamın derinliği açısından bakıldığında Kore Cumhuriyeti’nin aynı başarıyı gösteremediği gözlenmektedir. Çünkü bu sistemle birlikte ayakta tedavilerde sabit bir ödeme dışında yüzde 30 ile 55 arasında değişen oranlarda, yatarak tedavilerde yüzde 20 oranında kullanıcı katkısı alınmaya başlanmıştır. Hastanelerde uzman doktora ulaşabilmek için ek ödemeler yapılması gerekmiştir. Sigorta, hastane yatış gününe belirli bir sınır koymuştur. Ayrıca birçok hizmet kapsam dışında bırakılmıştır. Tüm bu uygulamalar, 1992 yılında Kore Cumhuriyeti’nde, toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten ödemelerin oranını yaklaşık yüzde 65’e çıkarmıştır. Bu durum ulusal sağlık sigortası yoluyla tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlayan Kore’nin, vatandaşlarına sağlık hizmetlerine erişim için eşit fırsat tanımadığı ve gerçek bir finansal koruma sağlamadığını göstermektedir [14]. Bu nedenle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak konusu incelenirken, kullanıcı katkıları gibi hizmete erişimi etkileyebilecek cepten ödemelerin değerlendirilmesi oldukça önemli bir konudur [11].

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamanın en önemli özelliği, tüm bireylerin toplam sağlık harcamalarının finansmanını paylaşması, diğer bir deyişle riskin toplumsal düzeyde havuzlanmasıdır. Risk havuzu büyüdüğü ölçüde bireylerin kendi sağlık riskinin finansal yükünü taşıma oranı azalmaktadır [4].

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamanın iki temel yöntemi bulunmaktadır. Birinci yöntem, temel finansman kaynağının genel vergi gelirleri olduğu ulusal sağlık sistemidir. Bu sistemin en temel özelliklerinden biri vatandaşlık veya ikamet esası ile ülkede yaşayan tüm bireylere sağlık güvencesi sağlamasıdır. İkinci yöntem işçi, işveren ve devlet tarafından finanse edilen sosyal sağlık sigortası sistemidir. Güvence kapsamı genellikle meslek veya istihdamla ilişkili olsa da, yakın tarihlerde sosyal sağlık sigortası yöntemi ile de tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak mümkün hale gelmiştir. Pratikte genellikle bu iki seçenek bir arada uygulanmaktadır [4, 12, 13].

Hangi finansman yöntemi tercih edilirse edilsin tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak genellikle uzun bir süreci kapsamaktadır. Sosyal sağlık sigortacılığı ile finanse edilen Japonya’da ilk sosyal sağlık sigortacılığı yasası ile tüm nüfusa sosyal sağlık güvencesi öngören yasa arasında 36 yıl bulunmaktadır. Benzer bir süre vergilerle finanse edilen İngiltere’de tüm nüfusun kapsam altına alınması için de gerekmiştir. Yüksek ekonomik büyüme, formel istihdamın artışı, sistemi yönetebilecek tecrübeli personelin varlığı, dayanışma kavramının toplum tarafından benimsenmesi, hükümet yönetiminin etkililiği ve vatandaşların hükümete olan güveni gibi etmenler bu süreci hızlandırmaktadır [12].

1. 2. Sağlık Finansmanında Adalet

Adalet kavramı farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Adalet, her toplumun ulaşmak istediği ancak tanımında uzlaşmadığı, güzellik gibi, görelî bir kavram olarak tanımlanabildiği gibi [15], sosyal adaletin bir parçası olarak da tanımlanabilmektedir [16].

Sağlık hizmetlerinde adalet kavramı farklı teorilerde farklı tanımlar bulmaktadır. Liberal yaklaşım, doğal insan hakları noktasından hareketle herkesin yaşama hakkı olduğunu iddia etmektedir. Faydacı yaklaşım, bireysel fayda miktarını en üst düzeye çıkarmayı savunmaktadır. Marksist teori, “ödeme gücüne göre katkı”, “ihtiyaca göre hizmet” ilkelerini benimsemektedir. Rawlci teori, toplumun en yoksul kesimleri lehine olumlu etkileri olması durumunda adaletin sağlandığını kabul etmektedir. Desert ise adaleti, daha erdemli olanları ödüllendiren bir sistem olarak tanımlamaktadır [17-19].

Liberal ve Marksist teori sağlık hizmetleri yazınında en çok ilgi gören teoriler olmuşlardır. Ayrıca Marksist teorinin ortaya attığı iki ilke yalnızca bu teoriye ait olmamış, yirminci yüzyılda çok büyük destek gören eşitlikçi yaklaşım teorisinin de temel ilkelerini oluşturmuştur. Eşitlikçi görüşe göre sağlık hizmetlerine erişim, seçim sandığına ve adalet hizmetlerine erişim gibi, her vatandaşa tanınan ve gelir ve servet ile ilişkili olmaması gereken bir vatandaşlık hakkıdır [17-19].

Liberal ve eşitlikçi teoriler sağlık sistemleri konusunda oldukça farklı görüşlere sahiptir. Eşitlikçi teori devletin, ihtiyaca göre hizmet, ödeme gücüne göre katkı ilkelerini içeren İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri benzeri uygulamaları benimsemesini önermektedir. Liberal teori, tam tersi bir şekilde, gönüllülük (ve ödeme gücü) esasına dayalı olan özel sağlık sektörünü savunmaktadır. Bu teoriye göre devlet, yalnızca yoksullara en temel sağlık hizmetlerini sağlayarak sağlık sistemine en düşük düzeyde dahil olmalıdır. Siyasal tercihe bağlı olarak değişse de pratikte birçok ülkede sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumu, her iki teoriden de izler taşıyarak hem devlet hem de özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Eşitlikçi teori daha çok Avrupa bölgesindeki ülkeler tarafından, liberal teori ise ABD tarafından benimsenmiştir [20]. Eşitlikçi teori ayrıca OECD ve WHO gibi uluslararası örgütlerce de benimsenmektedir [3, 21].

Sağlık finansmanı konusundaki deneysel yazın, sağlık hizmetlerinin ne oranda ödeme gücüne göre finanse edildiği konusuna

odaklanmıştır. Tarihsel kökenini Aristo'nun “eşitsizlere eşitsiz, eşitlere eşit davranma” yaklaşımından alan bu ilke, “dikey ve yatay adalet” kavramları ile açıklanmaktadır. Dikey adalet, farklı ödeme gücüne sahip bireylerin farklı miktarlarda katkı yapmasını öngörmektedir. Yatay adalet ise, aynı ödeme gücüne sahip bireylerin aynı miktarda katkı yapmasını öngörmektedir. Ayrıca her iki kavram gelirin yeniden dağıtımı ile de yakından ilişkilidir [18, 20, 22].

1.2.1. Sağlık Finansmanında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Sağlık finansmanında adalet konusunda yapılan deneysel çalışmalar genellikle dikey adalet konusuna odaklanmıştır. Sağlık finansmanında dikey adalet, kimin ne kadar ödediği sorusuna yanıt aramaktadır. Bu konunun en önemli ve en tartışmalı yönü, ödeme gücüne göre katkının nasıl belirleneceğidir. Ödeme gücü belirlenirken, bazı sağlık sistemlerinde yalnızca vergi öncesi gelir dikkate alınmakta iken bazılarında vergi öncesi gelire diğer gelir getiren menkul ve gayrimenkul mal varlıkları da eklenerek hesaplama yapılmaktadır. Deneysel çalışmalarda ilk yöntem daha yaygın olarak kullanılmaktadır [18].

Sağlık finansmanında dikey adaleti ölçmek için birçok indeks geliştirilmiştir. Bu indekslerin en önemlisi Kakwani Artan Oranlılık İndeksi'dir [23]. Bu indeks finansman sisteminin oransallıktan ne kadar uzaklaştığını ölçmektedir. Pozitif değerler artan oranlılığı, negatif değerler ise azalan oranlılığı göstermektedir. Bu indekse göre, gelire bağlı olarak belirlenen ödeme gücü, gelir artışı ile birlikte oransal olarak artıyorsa finansman yöntemi veya sistemi “artan oranlı”dır. Gelir artışı ile birlikte oransal olarak azalıyorsa “azalan oranlı”, gelirin sabit bir oranında belirlendiyse “oransal”dır [11, 20, 24].

Dikey adalet, gelirin yeniden dağıtılmasını da sağlamaktadır. Yapılan araştırmalar, dikey adaletin yatay adalete oranla daha önemli bir yeniden dağıtım etkisine sahip olduğunu göstermektedir [25].

Gelirin yeniden dağıtılmasını etkileyen diğer bir etmen, sağlık harcamaları içerisinde

kamu harcamalarının oranıdır. Gelirin yeniden dağıtımını hesaplanırken her iki etmenin birlikte incelenmesi oldukça önemlidir. Çünkü birbirinden ayrı olan bu etmenler birlikte incelendiğinde ilginç sonuçlarla karşılaşmak mümkündür. Örneğin aynı yeniden dağıtım etkisine ulaşabilmek için, oransal bir sistemin artan oranlı bir sisteme göre yardımları düşük gelirli lehine daha eşitsiz bir şekilde dağıtması gerekmektedir [26]. Daha fazla kaynağın daha az artan oranlı bir sistemde toplandığı ancak yardımların düşük gelirli lehine eşitsiz bir şekilde dağıtıldığı bir sistemde, daha az kaynağın daha artan oranlı bir sistemde toplandığı, ancak yardımların düşük gelirli lehine eşitsiz dağıtılmadığı bir sisteme göre düşük gelirli lehine net etkinin daha fazla olması mümkündür. Bazı ülkelerde sağlık harcamalarının yeniden dağıtıcı etkisini kamu harcamalarındaki yeniden dağıtıcı etkiden ayırt etmek zordur. Sağlık yardımlarının maddi değil aynı olması bu ölçümü daha da zorlaştırmaktadır [11].

Bir sistemin yeniden dağıtıcı etkisini tam olarak görebilmek boylamsal bir bakış açısını gerektirmektedir. Sistem herhangi bir zaman noktasında analiz edilirse, yaşam süresi içerisinde refah içinde yaşanan (veya sağlıklı) dönemler ile görece olarak daha yoksul yaşanan (veya hasta) dönemler arasındaki yeniden dağıtıcı etki analiz edilemez. Yeniden dağıtıcı etki ile ilgili çalışmaların çoğu herhangi bir zaman dilimini kapsar. Refah devleti ile ilgili boylamsal çalışmalar genellikle yaşam boyu zenginlik ile yaşam boyu yoksulluk arasındaki yeniden dağıtımını inceler ve bu dağıtım görece olarak düzdür. Bu nedenle refah devleti Robin Hood stili bir yeniden dağıtıcı etki yerine, daha çok bir tasarruf bankasına benzetilir [11, 27].

1.2.2. Sağlık Finansmanında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Aynı gelir düzeyine sahip bireylerin eşit miktarda katkı yapmasını öngören yatay adalet, sağlık ekonomisi yazınında dikey adalete oranla daha az ilgi görmektedir [18, 22]. Nitekim eşit ödeme gücüne sahip olanlar, cinsiyet, evlilik durumu, sendikali olup olmama, ikamet edilen yer gibi farklılıklardan etkilenmeden aynı miktarda katkı sağlamaktadır.

Yine de farklı sağlık sistemlerinde bazı yatay adaletsizlik durumları gözlenebilmektedir. Örneğin, özel sağlık sigortacılığı uygulamasında, yaşlılar, kronik hastalar gibi yüksek riskli gruplar, daha düşük riskli olan aynı gelir düzeyine sahip bireylerden daha yüksek prim ödemektedirler. Dolaysız vergilerle finansman uygulamasında, ipotekli konut faizi ve özel sağlık sigortası primleri gibi ödemeler, vergi desteği dolayısıyla bireylerin gelirlerinden düşülebilmekte, bu durum vergi desteği alanların daha düşük vergi vermesine yol açarak yatay adaleti bozmaktadır. Sosyal sigorta yöntemiyle finansman uygulamasında, farklı meslek gruplarının, farklı sigorta kurumlarına, farklı oranda katkı sağlaması yatay adaletsizliğe yol açmaktadır. Örneğin farklı kategorilerde bireyler için farklı sigorta düzenlemeleri bulunan Hollanda'da yapılan bir araştırma, 1981 yılında 17.000 Dfl geliri olan bir bireyin gelirinin yüzde 2'sini sağlık hizmetlerine harcadığını tespit etmiştir. Ancak aynı gelir düzeyine sahip bireyin 65 yaşın üzerinde olması ve 65 yaşın altında olmasına rağmen bağımsız çalışması durumunda bu kez yüzde 13'ünü harcadığı bulunmuştur. Sosyal sigorta yöntemiyle finansmanda bireysel kazançta göre belirlenen primler, bireylerin ve hanelerin diğer gelirlerini dikkate almadığı için birçok durumda ödeme gücünün doğru tespit edilememesine neden olmaktadır. Bu durum aynı gelir düzeyine sahip hanelerin farklı oranlarda katkı yapması ile sonuçlanabilmektedir. Sosyal sağlık sigortacılığı sistemlerindeki bu tür yatay adaletsizlik durumları özellikle kamu ve özel sigortacılığın birlikte uygulandığı Almanya ve Hollanda'da finansmanda reform baskısının en önemli nedenini oluşturmaktadır [20]. Cepten ödemelerin belediyeler, yaş grupları gibi belirleyicilere bağlı olarak değişmesi de yatay adaletsizlik yaratmaktadır [18, 25].

Kamu finansmanında ve gelir dağılımında yatay adaletsizlik ölçümü için bir dizi yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden en önemlisi Aronson ve arkadaşlarının geliştirdiği, eşitlere uygulanan eşitsiz durumları gösteren yatay adaletsizlik yöntemidir. Bu yöntem aynı zamanda eşitsizlik durumlarını yeniden sıralayan bir yöntemdir [28]. Yeniden sıralama ve yatay adaletsizlik arasında açık bir fark

bulunmaktadır. Yeniden sıralama, eşit vergi öncesi gelire (veya katkıya esas kazanca) sahip olanlar arasındaki vergi değişimini (veya sağlık hizmetleri harcamalarını) ölçmektedir. Herhangi bir değişim olmaması yatay adaletsizliğin olmadığını göstermektedir. Vergi öncesi geliri eşit olan her gruptaki değişimi ölçmek için Gini katsayısı kullanılmaktadır [20].

Van Doorslaer ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma, yatay adaletin gelirin yeniden dağıtımı ile ilişkili olduğunu deneysel olarak kanıtlamıştır [25]. Bu araştırmaya göre, yatay adaletin sağlanması gelirin yeniden dağıtımına katkı yaptığı gibi, yatay adaletsizliğin varlığı dikey yeniden dağıtım etkisini bile azaltabilmektedir. Bu durum sağlık sisteminin ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortacılığı ile finanse edildiği Fransa ve Almanya gibi ülkelerde gözlenmektedir. Fransa'da yatay adaletsizlik pozitif yeniden dağıtıcı etkiyi azaltırken, Almanya'da negatif yeniden dağıtım neden olmaktadır. Bu iki ülkedeki yatay adaletsizliğin temel nedenleri, prim oranlarının, prim muafiyetlerinin ve yaşlılar gibi gruplarca ödenen daha düşük prim oranlarının (Fransa'da) sigorta kuruluşlarına göre değişmesidir [20].

1.3. Sağlık Finansmanında Verimlilik

Sağlık finansmanında verimlilik, yakın zamana kadar, sağlık hizmetlerinin verimli kullanılması ile özdeşleştirilmiş olup teknik verimlilik, kaynak tahsisi verimliliği ve yönetsel verimlilik gibi genel verimlilik kavramları ile incelenmektedir. Teknik verimlilik, herhangi bir sağlık hizmetinin olası en düşük maliyetle sağlanmasıdır. Kaynak tahsisi verimliliği, sağlık durumu göstergeleri dikkate alınarak kaynakların farklı sağlık hizmetleri arasında uygun bir şekilde dağılıp dağılmadığının incelenmesidir. Yönetsel verimlilik ise sistemin yönetiminde kullanılan kaynakların miktarı ile değerlendirilmektedir [10].

Günümüzde finansman yöntemleri ile kaynak tahsisi ve teknik verimlilik arasında açık bir kavramsal ilişki bulunmadığı öne sürülmektedir. Bu ilişki deneysel çalışmalarla da ispatlanamamıştır [11, 29]. Çünkü kaynak tahsisi ve teknik verimlilik gelir oluşturmadan

ziyade hizmet sunuculara ödeme yapmanın bir fonksiyonudur. Buna rağmen, bazı sağlık finansman yöntemleri kaynak tahsisi ve teknik verimliliği dolaylı olarak etkileyebilmektedir [11]. Örneğin vergilerle finansmanda gelir toplama ve ödemenin aynı kurum tarafından yapılması gerekmediğinden, ödemenin verimliliği ile finansman yöntemi arasında güçlü bir ilişki yoktur. Özel sağlık sigortacılığında geliri toplayan, havuzlayan ve ödeyen aynı kurum olduğu için ödemenin verimliliği önem kazanmaktadır [11].

Bugün kaynak tahsisi verimliliği üç yöntemle değerlendirilmektedir. Bu yöntemler; kaynakların sağlık sektörü ve ekonominin diğer sektörleri arasındaki dağılımı; kaynakların sağlık sektöründeki farklı hizmetlere, örneğin koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmetlerine dağılımı ve kaynakların ilaç gibi özel klinik hizmetlere tahsisidir. Verilerin sınırlı olması ve metodolojik sorunlar nedeniyle kaynak tahsisi verimliliğini ölçmek zordur. Sağlık harcamalarının sektörlere göre analizi sağlık sisteminin kaynak tahsisi verimliliğini göstermektedir. Ancak bu analiz, kaynak tahsisinin sağlık göstergeleri üzerindeki etkisini göstermek yerine, farklı sektörlerin görece değeri ve etkililiğini yansıtmaktadır. Oysa kaynakların verimli bir şekilde tahsis edilip edilmediğinin en önemli göstergesi, bu tahsisin sağlık durumuna yansımalarıdır. Bu durumu kaynak tahsisi verimliliği ile ölçmek mümkün değildir. OECD ülkelerindeki veriler, ayakta tedavi oranının ülkelere göre değişiklik gösterdiğini, ancak bunun finansman yöntemi ile sistematik bir ilişkisinin olmadığını göstermektedir. Birçok sağlık finansman sisteminde ilaç harcamaları diğer bütün harcama kalemlerinden daha hızlı artmaktadır. Ancak veriler ilaç harcamalarındaki bu artışın diğer hizmetlerin azalmasına neden olup olmadığını göstermemektedir. Örneğin ilaç harcamalarının artışının hastaneye başvuru oranları veya hastanede yatış süresini azaltıp azaltmadığını gösteren veriler bulunmamaktadır. Bu nedenle bu artışın israftan veya ilaç firmalarının baskısından kaynaklanma olasılığı da bulunmaktadır [11].

Birim maliyetleri azaltıp sağlık statüsünü en üst düzeye çıkarmayı amaçlayan teknik

verimlilik, sağlık hizmetleri için ödeme yapan kuruluşlar tarafından büyük önem taşımaktadır. Teknik verimlilik ile finansman yöntemi arasında kavramsal bir ilişkinin bulunmadığını yenilemekte fayda vardır. Ancak pratikte dolaylı bazı ilişkiler kurmak mümkündür. Ödeme şeklinin ve hizmet sunumunun özel bazı düzenlemeleri ile finansman yöntemi arasındaki tarihsel ilişki, teknik verimlilikte bazı değişimlere neden olabilmektedir. Örneğin, OECD ülkeleri arasında hemşirelerin doktora oranını analiz eden bir araştırma, doktor arzının girdi bileşimini doğrudan belirlediğini tespit etmiştir. Buna göre doktor arzının optimal talep miktarını aştığı durumda, doktorlar hemşirelerin yerine kullanılmaktadırlar. Ayrıca pratisyen ve uzman doktorlar arasındaki oran da önemlidir. Bu oran OECD ülkelerinin bir kısmında neredeyse eşittir, ancak finansman yöntemini bu değişkenlerle ilişkilendirmek mümkün değildir [11, 30].

Maliyetleri, dolayısıyla teknik verimliliği doğrudan etkileyecek teknolojik girdi düzeyi ülkelere göre değişmektedir [31]. Ancak yüksek teknoloji hizmet kullanımının yaygınlaşması, finansman yönteminden çok yapılacak geri ödeme veya ödemenin sınırlandırılması ile ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinde girdilerin fiyatları da teknik verimliliği etkilemektedir. Örneğin sağlık harcamalarının yüksek olduğu ABD, İsviçre ve Kanada gibi ülkelerde doktor ve hemşire ücretleri tüm ülkelerdeki ortalama ücretlerden daha yüksek iken İsveç, Japonya ve İngiltere gibi en düşük harcama yapan ülkelerinkinden daha düşüktür. Doktorların diğer ülke ortalamasına oranla daha yüksek ücret aldığı ülkelerde doktorlar hizmet başına ücretlendirilmektedir [32]. Dolayısıyla ücretlerdeki değişikliği de belirleyen finansman yönteminden çok ödeme şekli olmaktadır [11].

Toplam sağlık harcamaları içerisinde yönetim maliyetlerini ölçen yönetsel verimlilik, sağlık finansman yönteminin türü ve örgütlenmesi ile ilişkilidir. Yönetsel maliyetlerin artışı özelleştirme, rekabet, desantralizasyon ve fonların sayısı ile doğru orantılıdır [30]. Kar amaçlı sigorta şirketleri

arasındaki rekabet, sözleşmeler, kar ve pazarlama ek maliyetler yaratmaktadır [11].

1970'lerde başlayan makroekonomik daralma ve akabinde sağlık harcamalarının hızlı artışı, 1980'li ve 1990'lı yıllarda maliyetleri kontrol altına alma ve bu maliyetlerin ekonomiyi olumsuz yönde etkilemesi tartışmalarını da gündeme getirmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisi ve teknik verimliliğin sağlık finansmanı ile daha yakından ilişkilendirilmesine, ayrıca sağlık finansman yöntemlerinin maliyetlere ve ekonomiye etkisinin incelenmeye başlamasına neden olmuştur. Sağlık finansman yöntemlerinin ekonomiye etkisi; bu yöntemlerin iş hareketliliğine, işgücü piyasası esnekliğine, işgücü maliyetlerine ve uluslararası rekabete etkisi incelenerek değerlendirilmektedir [11].

Farklı finansman yöntemleri sağlık hizmetleri maliyetlerini doğrudan etkilemektedir. Toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içindeki oranı açısından 1980-2003 dönemi incelendiğinde, en maliyetli finansman yönteminin özel sağlık sigortacılığı ile finansman olduğu görülmektedir [33-35] (Tablo 1). Özel sağlık sigortacılığına sahip ABD ve İsviçre gibi ülkeler, OECD ülkeleri içerisinde en yüksek sağlık harcaması oranına sahip ülkelerdir. 2003 yılında toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı OECD ülkelerinde ortalama yüzde 8,8 iken, ABD'de yüzde 15, İsviçre'de ise yüzde 11,5 olmuştur (Tablo 1).

İkinci sırayı sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortacılığı ile finanse edildiği ülkeler almaktadır (Tablo 1). Bu ülkelere ait ortalamanın düşük görünmesinin nedeni, Türkiye (2003 yılı hariç), Slovakya, Polonya, Meksika ve Lüksemburg gibi çok düşük oranlara sahip ülkelerin ortalamayı düşürmesidir. Nitekim OECD ülkelerinde bu konuda yapılan karşılaştırmalı bir çalışma, ağırlıklı olarak sosyal sigortacılığa sahip ülkelerin ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilen ülkelere oranla daha maliyetli olduklarını belirlemiştir [30]. Bu durum, sosyal sigortacılığa sahip ülkelerde fonlar arasında rekabet, fonların tercih edilebilmesi ve kullanıcı katkıları yoluyla finansal yükün bir kısmının bireylere aktarılması gibi piyasa

uygulamalarını içeren bir dizi reform yapılmasına neden olmuştur. Sağlık finansmanında adalet konusundaki tartışmaları da alevlendiren bu reformlar, maliyetleri kontrol altına almada başarıya ulaşmıştır. Örneğin ağırlıklı olarak sigortacılıkla finanse edilen ülkelerden, GSMH içerisinde en yüksek toplam sağlık harcaması oranına sahip

ülkelerden Almanya, bu oranı 1995-2003 tarihleri arasında, yalnızca 0,5'lik bir artışla yüzde 10,6-11,1 arasında tutmayı başarmıştır. Maliyet kontrol politikalarının uygulandığı ülkelerden bir diğeri olan İngiltere'de aynı dönemler arasında bu artış 0,7 oranında olmuştur. ABD'de ise yüzde 1,7 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı (1980-2003)

Ülkeler	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Özel Sağ.Sig. sahip ülkeler								
ABD	8.7	10.0	11.9	13.3	13.1	13.9	14.6	15.0
İsviçre	7.3	7.7	8.3	9.7	10.4	10.9	11.2	11.5
Sos. Sağ. Sig. Sahip ülkeler								
Avustralya	7.0	7.4	7.8	8.2	9.0	9.1	9.3	9.3
Avusturya	7.6	6.6	7.1	8.2	7.7	7.6	7.7	7.5
Belçika	6.4	7.2	7.4	8.7	8.8	9.0	9.1	9.6
Çek Cum.	-	-	5.0	7.3	7.1	7.3	7.4	7.5
Fransa	7.1	8.2	8.6	9.5	9.3	9.4	9.7	10.1
Almanya	8.7	9.0	8.5	10.6	10.6	10.8	10.9	11.1
Macaristan	-	-	-	7.5	7.1	7.4	7.8	8.4
Japonya	6.5	6.7	5.9	6.8	7.6	7.8	7.9	7.9
Lüksemburg	5.9	5.9	6.1	6.4	5.5	5.9	6.2	6.9
Meksika	-	-	4.8	5.6	5.6	6.0	6.1	6.2
Hollanda	7.5	7.4	8.0	8.4	8.2	8.5	9.1	9.8
Polonya	-	-	4.9	5.6	5.7	6.0	6.1	6.5
Slovakya	-	-	-	-	5.5	5.6	5.7	5.9
Türkiye	3.3	2.2	3.6	3.4	6.6	-	-	7.4
Vergilerle fin. sahip ülkeler								
İzlanda	6.2	7.3	8.0	8.4	9.2	9.2	9.9	10.5
Norveç	7.0	6.6	7.7	7.9	7.7	8.1	8.7	10.3
Kanada	7.1	8.2	9.0	9.2	8.9	9.4	9.6	9.9
Yunanistan	6.6	-	7.4	9.6	9.7	9.4	9.5	9.9
Portekiz	5.6	6.0	6.2	8.2	9.2	9.3	9.3	9.6
İsveç	9.1	8.7	8.4	8.1	8.4	8.8	9.2	9.4
Danimarka	9.1	8.7	8.5	8.2	8.4	8.6	8.8	9.0
İtalya	-	-	8.0	7.4	8.1	8.3	8.5	8.4
Yeni Zelanda	5.9	5.2	6.9	7.2	7.9	8.0	8.5	8.1
İspanya	5.4	5.5	6.7	7.6	7.5	7.5	7.6	7.7
İngiltere	5.6	5.9	6.0	7.0	7.3	7.5	7.7	7.7
Finlandiya	6.4	7.2	7.8	7.5	6.7	7.0	7.3	7.4
İrlanda	8.4	7.6	6.1	6.8	6.4	6.9	7.3	7.4
Kore	-	4.0	4.4	4.4	5.1	5.9	5.3	5.6
ÖSS Ort.	8.0	8.8	10.1	11.5	11.7	12.4	12.9	13.2
SSS. Ort.	6.7	6.7	6.5	7.4	7.4	7.7	7.9	8.1
Verg. Ort.	6.7	6.7	7.2	7.7	7.9	8.1	8.4	8.6
Genel Ort.	6.9	6.9	7.1	7.8	7.9	8.2	8.6	8.8

Sosyal veya özel, mesleğe bağlı olarak belirlenen sigortacılık, vergilerle finansmana göre işgücü piyasasındaki hareketliliği olumsuz yönde etkileyerek, genel olarak ekonominin verimsizliğine neden olabilmektedir. Emegın serbest bir piyasada dolaşması gerektiğini savunan ekonomistler, emegın hareketliliğinin azalmasının ekonomiyi

olumsuz yönde etkilediğini iddia etmektedirler. Bu durumda iş değişikliği nedeniyle sağlık sigortasını veya bazı sağlık yardımlarını kaybedecek olanlar, daha verimli çalışabilecekleri işlerden vazgeçerek ekonomiyi olumsuz yönde etkilemektedirler. Aksini iddia edenler, emeğe ve tecrübeli personele yatırımın, insan sermayesine yatırım dolayısıyla işletme için daha karlı olacağını,

böylece işgücü hareketliliğinin azalmasından işletmenin karlı çıkacağını savunmaktadır. Çok farklı değişkenleri bir arada bulundurması dolayısıyla işgücü hareketliliğinin boyutlarını ölçmek oldukça zordur. Örneğin daha az sağlıklı olanların daha az hareketliliğinin yalnızca finansman sisteminden kaynaklandığını iddia etmek ve ispatlamak kolay değildir. Ayrıca sigorta primlerinin işgücü maliyetlerini artırarak istihdamı ve uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkilemesi de mümkündür [11].

Sosyal sigorta primlerinin ve ABD'deki işverene dayalı sigortacılığın işgücü maliyetlerini arttırarak, istihdamı azaltacağı ve uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkileyeceği konusunda yaygın bir kabul bulunmaktadır [33]. Ancak bu konu oldukça tartışmalıdır.

1. 4. Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik

Sağlık finansmanında gelir oluşturma sürecini, mevcut finansman düzeyinin sürdürülmesini ve gelirin arttırılmasını etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Bu etmenler durumsal, yapısal, çevresel - politik ve kültürel etmenler olarak sınıflandırılmaktadır [2,10]. Bu bağlamda sürdürülebilirlik; finansal sürdürülebilirlik, sosyal sürdürülebilirlik, politik sürdürülebilirlik gibi adlar almaktadır.

Sağlık finansmanında sürdürülebilirliği etkileyen durumsal etmenler, politika kararlarını doğrudan etkileyen geçici ve süreksiz etmenler olarak tanımlanmaktadır. Bu etmenler eski Sovyetler ve Doğu Bloku ülkelerindeki devrim, İspanya ve Portekiz'deki diktatörlüklerin sona ermesi gibi büyük politik olayları kapsadığı gibi, yeni siyasal partilerin iktidara gelmesi ve dolayısıyla sağlık bakanlarının değişmesi gibi ülke içindeki politik değişimleri de içermektedir [2].

Sağlık finansmanının sürdürülebilirliğini etkileyen yapısal etmenler; ekonomik yapı, siyasal kurumlar ve demografik yapı gibi sabit nitelikli etmenlerdir. Ekonomik büyüme, enformel sektörün büyüklüğü, emek gelirinin sermaye gelirine oranı, işgücüne katılım oranı, istihdam şekli, sendikalaşma oranı, sermaye hareketliliği, gelişmekte olan ülkelerde

yaşanan ağır borç yükü gibi ekonominin durumu ve işgücü piyasası ile ilgili özellikler gelir oluşturmaya ve finansmanın sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir [2]. Yapısal etmenler, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli düzeyde gelir oluşturmaya ve bu gelirin sürdürülebilirliğini en çok etkileyen etmenlerdir. Enformel sektörün ve tarım sektörünün büyüklüğü ile ağır borç yükü gibi etmenler nedeniyle zayıf olan gelişmekte olan ülke ekonomileri, bu ülkelerin sağlık hizmetleri için yeterli finansal kaynak oluşturmamasını engellemiştir. Kurumsal kapasite yetersizliği, yetersiz kaynakların verimli kullanılması konusunda da büyük sorunlar yaşanmasına neden olmuştur.

Ayrıca yakın geçmişte ekonomik ve demografik yapıda meydana gelen değişimler, sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit ederek, sağlık finansman sistemlerindeki dayanışmayı azaltan ve sonradan "sağlık reformu" olarak adlandırılacak köklü dönüşümlere neden olmuştur [37, 38]. Temel neden 1970'li yıllarda başlayan makroekonomik daralma ve çeşitli nedenlerle sağlık harcamalarının hızlı artışıdır. 1970'li yılların ilk yarısında görülen petrol krizi, düşük veya negatif büyüme oranları ve yüksek işsizlik, bütçe açıklarına neden olarak, bir yandan sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesini etkilemiş ve sağlık durumunun bozulmasına yol açmış, diğer yandan maliyetlerin kontrol altına alınması ve kaynakların verimli kullanılması tartışmasını başlatmıştır [39, 40]. Ayrıca temel ihraç mallarının fiyatlarının düşmesi ve güçsüz vergi yapıları nedeniyle gelişmekte olan ülkelerdeki mali açıkların boyutları daha büyük olmuş ve bu ülkeler dış borçlarını arttırarak yapısal uyum politikaları uygulamaya zorlanmışlardır [40]. Bu durum maliyetlerin azaltılmasına, kaynakların verimli kullanılmasına ve ek gelir yaratmaya yönelik bir dizi sağlık finansman reformunun gerçekleştirilmesine neden olmuştur. Bu reformlar verimsiz çalışmaları iddiası ile kamu hizmet alanının daraltılması; kamu hizmetlerinde rekabet, tercih, sözleşmeler gibi piyasa araçlarının kullanılmaya başlanması; özel sektörün teşviki ve bireylerin finansmanda daha fazla sorumluluk alması gibi yeni liberal uygulamalara dayanmaktadır.

Ekonomik ve demografik etmenler bugün de sağlık finansmanının sürdürülebilirliği konusunda en büyük tehdidi oluşturan etmenlerdir. 2005 yılında Japonya’da yapılan bir forumda Asya Pasifik Bölgesi’ndeki ülkelerin finansal sürdürülebilirliğini tehdit edecek iki etmeden birinin ekonomik gelişme, diğerinin ise demografik etmenler olduğu belirtilmiştir [41]. Avrupa’da sosyal sağlık sigortalarının sürdürülebilirliği konusunda yapılan bir çalışma, bu bölgedeki en büyük tehdidin de finansal sürdürülebilirlik olduğunu belirtmektedir [42].

Ayrıca siyasi kurumların istikrarı, yönetim kapasitesi, yozlaşma düzeyi ve bu yozlaşma ile mücadele etme isteği, karar alma organlarının yapısı ve politik gücün bölgesel ve ulusal düzeydeki dengesi gibi politik yapı ve kurumlar finansman mekanizmasının işleyişini etkileyebilmektedir [2].

Nüfusun yaş yapısı, bağımlılık oranı ve hanehalkı yapısı gibi demografik yapıdaki değişimler hem gelir oluşturma kapasitesini etkilemekte, hem de sağlık hizmetlerine olan talebi belirlemektedir. Son yıllarda gözlenen sağlık harcamalarının hızlı artışının gelişmiş ülkelerdeki en büyük nedenlerinden biri nüfusun yaşlanmasıdır [43, 44].

Çevresel ve politik etmenler; politik sistem sınırları dışında bulunan, ancak kararları etkileyen olaylar, yapılar ve değerlerdir. Örneğin savaş veya iç kargaşa gibi etmenler bir yandan gelir oluşturmaya olumsuz yönde etkilerken, diğer yandan finansman sistemini değiştirme şansı tanımaktadır [2]. Avrupa Birliği, WHO, Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi uluslararası örgütlerin kararları ülkelerin sağlık finansman sistemlerini etkileyebilmektedir. Avrupa Adalet Divanı’nın malların ve hizmetlerin serbest dolaşımı ile ilgili kararı, üye ülkelerin ilaç ve ayakta tedavi hizmetlerinin finansmanı ve geri ödemesi konusundaki politikalarını etkileyebilecektir [39, 45]. WHO’nun 1978 yılındaki Alma-Ata Bildirgesi sağlık finansmanının yaygınlaştırılmasını sağlamıştır [10]. WB’nin kullanıcı katkıları konusundaki önerisi tüm dünyada büyük bir ilgi görmüştür [46, 47]. WTO’nün kararları hem gelir toplama hem de fon havuzlama düzenlemelerini küresel

ölçekte etkileme gücüne sahiptir [48]. “Küresel politika ağları” ile sağlık finansman reformu tartışmalarının küresel ölçekte belirlendiği de öne sürülmektedir. Bu küresel ağlar konferanslar, yayınlar, özel komisyonlarla küçük ancak oldukça iç içe geçmiş bir karar vericiler (WB, WHO, UNICEF, Amerika Birleşik Devletleri Yardım Fonu - USAID), teknik danışmanlar ve akademisyenlerden (Londra Ekonomi ve Siyasal Bilgiler Fakültesi-LSE, Londra Hijyen ve Tropik Hastalıklar Fakültesi-LSHTM, Harvard, Johns Hopkins Üniversitesi) oluşmaktadır [1]. Bunların yanı sıra, bilimde özellikle genetikteki gelişmeler ve bu gelişmeler doğrultusunda öngörülebilecek sağlık ihtiyaçları, sigortacılık sistemindeki aktüeryal hesapları etkileyebilecektir [49].

Kültürel etmenler, toplumdaki grupların değerlere olan bağlılığı veya genel olarak toplumun yapısı ile ilgilidir. Yasa gücüne ve kamuya güven, profesyonellerin durumu, ideolojik tercihler, enformel ödemeler ve hediyeleşme kültürel bakış, enformel ağların algılanması, karar verme süreci gibi etmenler kültürel etmenleri oluşturmaktadır. Devlete ve hükümete olan güvensizlik bazı ülkelerde vergi ve prim toplamayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri için ne kadar para harcanması gerektiği, sağlık finansmanının nasıl olması gerektiği, finansman sisteminde yüksek ve düşük gelirli ile hasta ve sağlıklı olanlar arasında dayanışmanın ne oranda olması gerektiği konularındaki kamuoyu görüşü, sağlık finansman politikalarını şekillendirmektedir. Sağlık finansmanına karşı tutumu ölçen karşılaştırmalı bir çalışma, AB ülkelerindeki vatandaşların çoğunun hükümetlerin gelir durumuna bakılmaksızın herkese sağlık hizmeti sunması gerektiğine inandıklarını göstermektedir [2, 50].

Ayrıca iletişim araçlarının gelişmesi nedeniyle eğitim düzeyinin artması, yaşam tarzı, beslenme, geleneksel aile yapıları, değerler ve beklentilerindeki değişiklikler birbirinden farklı birçok etkiye neden olmaktadır. Örneğin bu kültürel değişimler ruh sağlığının korunmasına yönelik hizmetlerin artırılmasını gerektirebileceği gibi sağlık

hizmetlerine olan talebi de arttırabilmektedir [10].

Sonuç olarak sağlık hizmetleri finansmanı hem sağlık sistemi hem de diğer sosyo-ekonomik politikalarla çok yakından ilişkilidir. Bu nedenle sağlık finansman yöntemi tercihinde bulunurken bu dört ölçütün birlikte

dikkate alınması yerinde bir karardır. Bu ölçütleri yerine getiremeyen bir sağlık finansman sistemi, sağlık finansmanının amaçlarına da ulaşamamış olacaktır.

Kaynaklar

- [1] Lee K, Goodman H. Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. Health Policy in a Globalising World. Cambridge University Press, 2002: 97-119.
- [2] Mossialos E, Dixon A. Funding Health Care in Europe: the Options. In: Mossialos E, Dixon, A, Figueras J, eds. Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham & Philadelphia: Open University Press, Buckingham – Philadelphia, 2002: 1-30.
- [3] World Health Organisation. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO, Geneva, 2000.
- [4] World Health Organisation. Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period, by Carrin G, James C. Discussion Paper N.2, Department Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster. Evidence and Information for Policy (EIP). Geneva, 2004.
- [5] World Health Organisation-World Bank. Health System Metrics: Monitoring the Health System in Developing Countries Report. Switzerland, 2004.
- [6] Cutler DM. Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform, Journal of Economic Literature. 2002; XL: 881-906.
- [7] Murray CJL, Frenk J. A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bulletin of World Health Organisation, 2000; 78 (6): 717-731.
- [8] Kutzin J. A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements. Health Policy. 2001; 56(3): 171-204.
- [9] Mills A, Gilson L. Health Economics for Developing Countries. A Survival Kit. HEFP Working Paper 01/88, EPC Publication No:17. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1988.
- [10] World Health Organisation. Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services. Technical Report Series. N.829. Geneva, 1993.
- [11] Mossialos E, Dixon A. Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J. eds. Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham & Philadelphia: Open University Press. Buckingham – Philadelphia, 2002: 272-300.
- [12] World Health Organisation. Achieving Universal Coverage: Developing the Health Financing System. Technical Briefs for Policy-Makers. N.1. Department of Health Systems Financing Health Financing Policy. WHO/EIP/HSF/PB/05.01. Geneva, 2005.
- [13] Carrin G, James C. Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage. International Social Security Review. 2005; 58(1): 45-64.
- [14] Kutzin J. Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. The World Bank, 2000.

- [15] McLachlan G, Maynard A. The Public/Private Mix in Health Care: The Emerging Lessons In: McLachlan G, Maynard A. Eds. The Public/ Private Mix for Health: The Relevance and Effects of Change. The Nuffield Provincial Hospitals Trust. London, 1982.
- [16] Le Grand J. Equity, Health and Health Care. *Social Justice Research*, 1987; (1): 257- 274.
- [17] William A. Equity in Health Care: The Role of Ideology In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. eds. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford Medical Publications, 1993: 287-298.
- [18] Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. eds. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford Medical Publications, 1993: 7-19.
- [19] Gillon R. *Philosophical Medical Ethics*. John Wiley, Chichester, 1986.
- [20] Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP. Eds. *North Holland Handbook of Health Economics*. 1998; Chapter 40.
- [21] OECD. *The Reform of Health Care: A Comparative Analyses of Seven OECD Countries*. Health Policy Studies No.2. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1992.
- [22] Culyer AJ. Health, Health Expenditures, and Equity. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. eds. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford Medical Publications, 1993: 299-319.
- [23] Kakwani NC. Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison. *Economic Journal*, 1977; 87(345): 71-80.
- [24] Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the Finance of Health Care: Methods and Findings. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. eds. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford Medical Publications. 1993: 20-48.
- [25] Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H. et al. Equity in the Delivery of Health Care: Some Further International Comparisons. *ECuity Working Paper*. No.10. Erasmus University Rotterdam, 1998.
- [26] Ervik R. *The Redistributive Aim of Social Policy: A Comparative Analysis of Taxes, Tax Expenditure Transfers and Direct Transfers in Eight Countries*. New York: Syracuse University Press, 1998.
- [27] Hills J. Funding the Welfare State. *Oxford Review of Economic Policy*, 1995; 11 (3): 27-43.
- [28] Aronson JR, Johnson P, Lambert PJ. Redistributive Effect and Unequal Tax Treatment. *Economic Journal*, 1994; 104: 262-270.
- [29] Jonsson B, Musgrove P. Government Financing of Health Care. In: Schieber GJ. ed. *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*. 10-11 March 1997. Washington DC: World Bank, 1997.
- [30] OECD. *OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000.
- [31] Banta D. *An Approach to the Social Control of Hospital Technologies. Current Concerns*. SHS Paper No:10. Geneva: World Health Organisation, 1995.
- [32] National Forum on Health (Canada). *Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere*. Quebec: Editions MultiMondes, 1998.
- [33] OECD. *Health Data*, 2004.
- [34] OECD. *Health Data*, 2005.

- [35] OECD. Health at a Glance. OECD Health Indicators. 2005.
- [36] OECD. The OECD Jobs Study Evidence and Explanation II. The Adjustment Potential of the Labor Market. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1994.
- [37] Saltman RB, Figueras J. European Health Care Reform – Analysis of Current Strategies. WHO Regional Publications. European Series. No:72, 1997.
- [38] Figueras J, Saltman RB, Mossialos E. Challenges in Evaluating Health Sector Reform: An Overview. London: London School of Economics and Political Science, 1997.
- [39] Kanavos P, McKee M. Macroeconomic Constraints and Health Challenges Facing European Health Systems. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C. eds. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998: 23-52.
- [40] Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach. ILO, 1990.
- [41] Schieber A. Sustainable Health Sector Financing. In: High Level Forum on the Health MDGs in Asia-Pacific. Tokyo-Japan, June 2005.
- [42] Saltman RB. Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability. In: Saltman RB, Busse R, Figueras R. eds. Social Health Insurance Systems in Western Europe. Open University Press, 2004: 3-21.
- [43] Barer ML, Evans RG, Hertzman C. Et al. Aging and Health Care Utilization: New Evidence on Old Fallacies. Social Science and Medicine, 1987; 24(10):851-862.
- [44] McGrail K, Green, B, Barer ML et al. Age, Cost of Acute and Long-Term Care and Proximity to Death: Evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia. Age and Ageing, 2000; 29(3): 249-253.
- [45] Kanavos P. The Single Market for Pharmaceuticals in the European Union in Light of European Court of Justice Rulings. Pharmacoeconomics, 2000; 18 (6): 523-532.
- [46] De Ferranti D. Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview. WB Staff Working Papers No:721, 1985.
- [47] World Bank. Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform. The World Bank. Washington D.C.- U.S.A, 1987.
- [48] Price D, Pollock AM, Shaoul J. How the World Trade Organisation is Shaping the Domestic Policies in Health Care. The Lancet, 1999; 354 (9193):1889-1992.
- [49] Murthy A, Dixon A, Mossialos E. Genetic Testing and Insurance: Implications of the UK Genetics and Insurance Commission (GAIC) Decision. Journal of the Royal Society of Medicine, 2001; 94(2): 57-60.
- [50] Mossialos E. Citizens and Health Systems: Main Results from a Eurobarometer Survey, Brussels: European Commission. Directorate-General for Employment. Industrial Relations and Social Affairs, 1998.

AYDIN SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SÜT TÜKETİM ALIŞKANLIKLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA¹

Nimet KILIÇ*, H.Nurcan EK**, Perihan ÖĞDÜM***

*Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Aydın, Türkiye, nkilic@adu.edu.tr

**Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Aydın, Türkiye, nek@adu.edu.tr

***c Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Aydın, Türkiye,
pogdum@adu.edu.tr

ÖZET

Bu araştırma, öğrencilerin süt tüketim alışkanlıkları ile süt hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. 134 öğrenci ile anket çalışması yapılmıştır. Ankete katılan öğrencilerin 98'i (%73,1) kız ve 36'sı (%26,9) erkek öğrenciden oluşmuştur.

Öğrencilere yöneltilen "Süt içmeyi sever misiniz?" sorusuna %69,4'ü "evet", %30,6'sı "hayır" cevabını vermiştir.

"Düzenli olarak süt tüketir misiniz?" sorusuna %17,2'si düzenli olarak süt tükettiğini %82,8'i tüketmediğini belirtmiştir. Düzenli olarak süt tüketen öğrencilerin %66,7'si 200 ml (1 bardak), %13,9'u 500 ml'den fazla süt tükettiklerini belirtmiştir.

Düzenli olarak süt içenlere süt tüketim nedenleri sorulduğunda; %73'ü sütü besleyici olduğu için içtiğini, düzenli süt içmeme nedenleri sorulduğunda ise %22'si tadını, %20'si kokusunu sevmediklerini, %14'ü ise süt içme alışkanlığının olmadığını ifade etmiştir. Öğrenciler içme sütü tercihlerinin; %52'si UHT süt, %40,2'si pastörize süt, %7,9'unun sokak sütü olduğunu belirtmişlerdir. Yetişkin bir insanın alması gereken günlük kalsiyum miktarını %62,7'si bilmediğini ifade ederken; Kalsiyum eksikliğinde ortaya çıkabilecek varsa bildiğiniz hastalıklar nelerdir? Sorusuna %70,1'i osteoporoz, kemik rahatsızlıkları vb. cevap vermişlerdir. Ankete katılan öğrenciler süt tüketiminin teşviki amacıyla yapılan reklam ve

propaganda çalışmalarının yetersiz (%71,6), tüketimin artmasında da en önemli aracın görsel ve işitsel yayın organları (%76,1) olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, öğrencilerin önemli bir kısmının (%82,8) düzenli olarak süt içme alışkanlığının olmadığı, süt tüketiminin önemi konusunda sınırlı düzeyde bilgiye sahip olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Süt, süt tüketimi, öğrenci

ABSTRACT

In this study, the habits of fluid milk consumption of undergraduate students of Adnan Menderes University were investigated.

134 students joined for the questionnaire. Discussing briefly the profile of the respondents, 73,1 % was composed of female and 26,9 % of male. Related to whether students drink milk, the answers showed 69.4% yes and 30.6% no.

%66.7 percentile of students consuming milk regularly were signed that consuming of 200 ml (one cup of milk) and 13.9% percentile of students were signed that consuming of more than 500 ml milk.

When asking to consuming milk regularly students the reason of consume, they answered that it has nutritive value 73%. Besides, when asking to consuming milk regularly students the reason of not consume, they answered that they dislike its odor 20% or has not habitation of consuming milk 14%.

¹ 1.Uluslararası 5.Ulusal Meslek Yüksekokulları Sempozyumunda poster bildiri olarak sunulmuştur. 27-29 Mayıs 2009, Selçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İçil Meslek Yüksekokulu, Konya

They prefer to UHT 52%; pasteurized 40.2%; unpacked milk 7.9% for drinking. They 62.7 % signed that no information about dairy calcium levels required for adults.

When asking the diseases related to calcium deficiency, they answered that osteoporoses and bone diseases 70.1%. Moreover, they reported that advertisement for milk consumption is insufficient 71.6%; and the most important method is audiovisual broadcasting 76.1%. In conclusion, there is consuming milk regularly students 82.8% have little knowledge about the importance of milk consumption.

Keywords: Milk, Milk consumption, students.

Giriş

Süt içerdiği çok çeşitli besin maddelerinden dolayı tüm memeli canlılarda organizmanın gereksinimlerini karşılayabilen hayati temel gıdadır [1].

İnsan beslenmesinde önemli bir yeri olan süt, özellikle gelişme çağındaki insanların sağlıklı beslenmesi için gerekli besin unsurlarının büyük bir kısmını içerir. Süt, beslenme için gerekli belli başlı besin unsurlarını yeterli miktarda içermemekle birlikte, mevcut besinler içerisinde en kompleks olanıdır. Sütün bu niteliği özellikle vücudun enerjisi, yapısı ve biyokimyasal işlemleri için gerekli belli başlı besin unsurlarını diğer besinlere göre daha dengeli ve yeterli bir şekilde içermesinden ileri gelir. Süt özellikle kalsiyum, fosfor, riboflavin, vitamin B₁₂ ve biyolojik değeri yüksek protein kaynağıdır [2].

Süt beslenme değerinin yüksekliği yanında, vücut fonksiyonlarını düzenleyen, gelişmesini sağlayan, kemik ve diş oluşumunda önemli yeri olan temel bir gıda maddesidir [3].

Normal bir inek sütünde ortalama olarak; %87.20 su, %3.70 yağ, %3.50 protein, %4.90 laktoz, %0.70 oranında mineral madde ve az miktarlarda vitaminler, enzimler, organik asitler, koruyucu maddeler, hormonlar ve gazlar bulunmaktadır [4].

İnsanların günlük tüketmesi gerekli olan süt miktarı, kişinin içinde bulunduğu duruma göre değişmektedir. Günlük olarak tüketilmesi

önerilen ortalama süt miktarı bebekler için 700g, çocuklar için 400 g, gençler için 350 g, yetişkinler için 250 g, hamile ve bebek emziren kadınlar için 500 g ve yaşlılar için 350 g olarak tavsiye edilmiştir [5].

Ülkemizde kişi başına düşen içme sütü miktarı 25 litre/yıl olmasına rağmen, sütçülüğün ileri olduğu ülkelerde (Avusturya, Finlandiya, İngiltere, İrlanda, İsviçre, Norveç, Yeni Zelanda ve Bulgaristan) bu rakam 114-243lt/yıl arasında değişmektedir [4].

İstanbul'da farklı gelir gruplarına ait 400 üniversite öğrencisini kapsayan bir araştırmada, deneklerin %11'inin sabah kahvaltısında sütü tercih ettikleri bildirilmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin %35.25'inin günde 1 bardak, %18.75'inin 0,5 litre, %14.25'inin 1 litreye yakın ve %2.75'inin 1 litrenin üzerinde süt tükettikleri, %29'unun hiç süt tüketmedikleri saptanmıştır [6].

Celal Bayar Üniversitesi Mühendislik Fakültesi öğrencilerinin süt ve ürünleri tüketim alışkanlıkları üzerine yapılan bir araştırmada [7], öğrencilerin içme sütü tercihlerinin; %50,4'ünün "pastörize süt", %40,7'i UHT süt, %5,3'ünün sokak sütü olduğunu belirlemiştir.

Bu araştırma; Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin süt tüketim alışkanlıklarının ne düzeyde olduğu, içme sütü olarak neleri tercih ettiği ile süt hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Yöntem

Kesitsel tanımlayıcı özellikteki araştırma 2008-2009 eğitim-öğretim yılında Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerini kapsayacak şekilde yürütülmüştür. Veri toplama aracı olan anket, öğrencilerin tanımlayıcı bilgilerini, içme sütü tüketim durumu ve bilgi düzeylerini, içme sütü satın alımındaki tercihleri ve davranışları konusundaki düşüncelerini belirleyen sorulardan oluşmuştur.

Anket formlarındaki verilerin analizinde, araştırmacılar tarafından SPSS programı kullanarak yüzde hesaplamaları yapılmıştır.

Bulgular

Ankete katılan öğrencileri tanımlayıcı bilgiler

Ankete katılan öğrencilerin 98'i (%73.1) kız ve 36'sı (%26.9) erkek öğrenci olmak üzere toplam 134 öğrenci ile anket çalışması yapılmıştır.

Ankete katılan öğrencilerin öğrenimleri dışında %14.2'si köy, %42.5'i ilçe ve %43.3'ü ilde ikamet ettiklerini belirtmiştir.

Öğrencilerin %55.2'si evde arkadaşları ile, %22.4'ü yurttaki, %17.2'si ailesiyle, %4.5'i evde yalnız, %0.7'si ise akrabaları ile birlikte kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin babalarının mesleğinin %20.9'unun işçi, %19.4'ünün memur, %14.9'unun çiftçi, %13.5'ünün esnaf ve %31.3'ünün diğer meslek gruplarına mensup olduğu ve eğitim düzeylerinin ise %34.3'ünün ilköğretim mezunu, %27.6'sının lise mezunu ve %9.7'sinin ise üniversite seviyesinde olduğu belirlenmiştir.

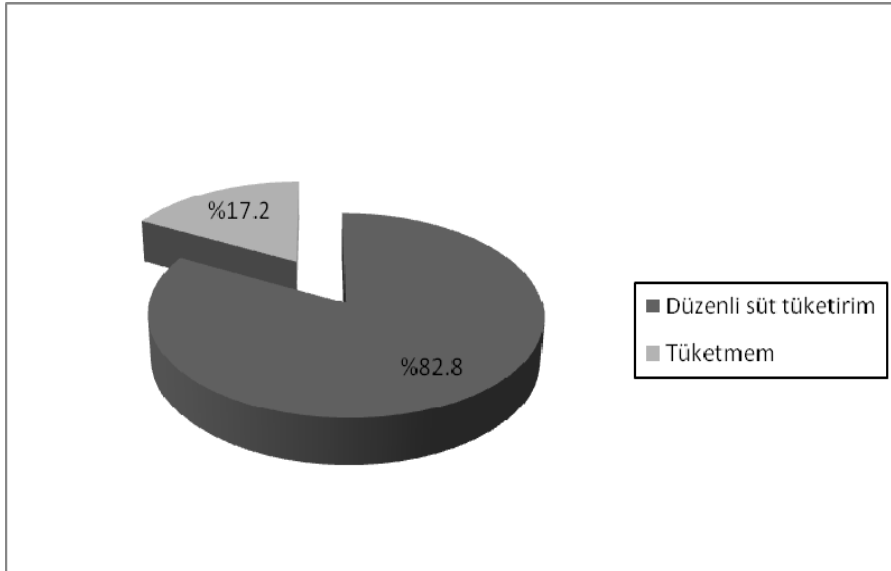
Öğrencilerin annelerinin %85.8'inin ev hanımı, %4.5'inin işçi, %5.3'sinin memur, %4.4'ünün diğer meslek gruplarına mensup olduğu ve eğitim düzeylerinin ise %49.3'ünün ilköğretim mezunu, %17.2'sinin lise, %3.7'sinin ise üniversite seviyesinde olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilere ortalama aylık gelirleri sorulduğunda %51.8'i 100-250 TL arası, %41.4'ü 250 TL ve üstü ve %6.8'i 100 TL ve altı cevabını vermiştir.

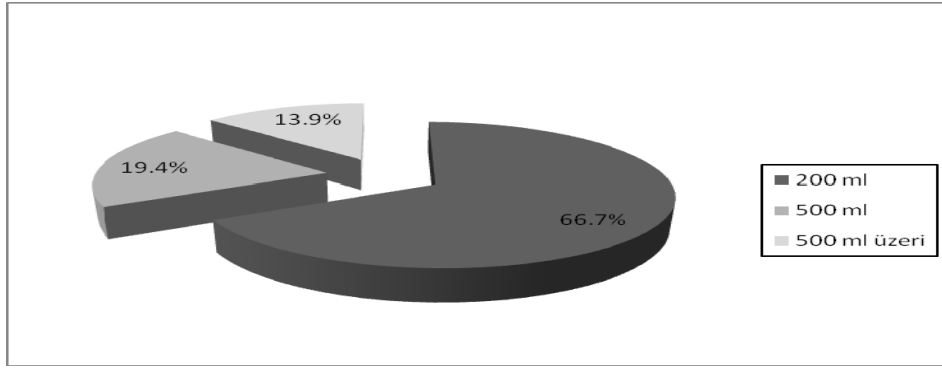
Öğrencilerin içme sütü tüketim durumu ve süt hakkındaki bilgi düzeyleri

Öğrencilere yöneltilen "Süt içmeyi sever misiniz?" sorusuna %69.4'ü "evet", %30.6'sı "hayır" cevabını vermiştir.

"Düzenli olarak süt tüketir misiniz?" sorusuna %17.2'si düzenli olarak süt tükettiğini %82.8'i tüketmediğini belirtmiştir (Şekil-1). Düzenli olarak süt tüketen öğrencilerin %66.7'si 200 ml (1 bardak), %13.9'u 500 ml'den fazla süt tükettiklerini belirtmiştir (Şekil-2).



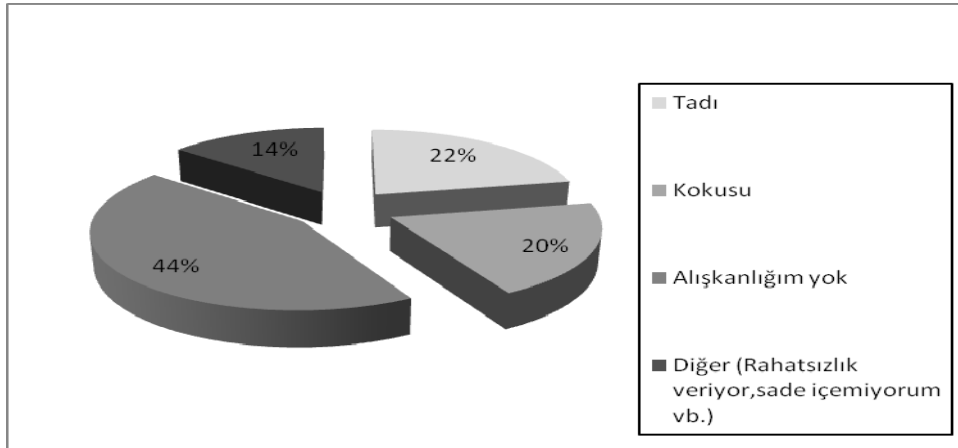
Şekil 1. İçme sütü tüketim alışkanlığının % dağılımı



Şekil 2. Genel olarak günlük içme sütü tüketim miktarlarının % dağılımı.

Düzenli olarak süt içenlere süt tüketim nedenleri sorulduğunda; %73'ü sütü besleyici olduğu için içtiğini, düzenli süt içmeme nedenleri sorulduğunda ise %22'si

tadını, %20'si kokusunu sevmediklerini, %44'ü ise süt içme alışkanlığının olmadığını ifade etmiştir (Şekil-3).



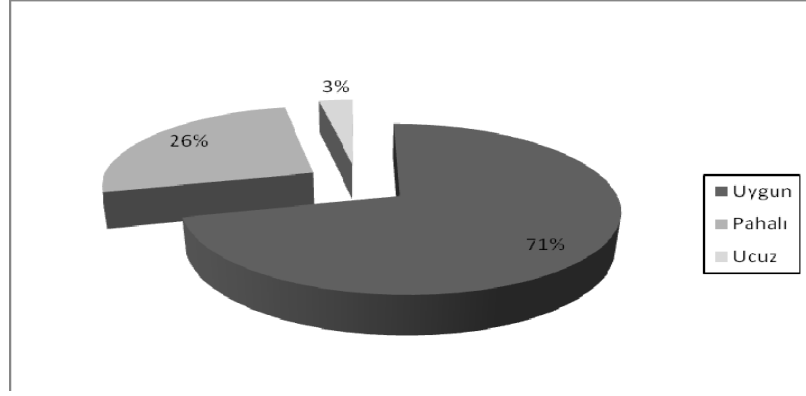
Şekil 3. İçme sütü tüketme alışkanlığı olmayanların, içme sütü tüketmeme nedenlerinin % dağılımı

Süt içen öğrencilere “Sütü hangi öğün içersiniz?” sorusuna öğrencilerin %37.7'si yatmadan önce, %25.5'i akşam, %21.7'si sabah kahvaltısında, %12.3'ü öğün arasında ve %2.8'i ise öğle vaktinde içtikleri cevabını vermişlerdir. Ankete katılan öğrencilerin sütü %47.9'unun soğuk, %28.9'unun sıcak, %23.1'inin ise sıcak soğuk ayırımı yapmadıkları belirlenmiştir.

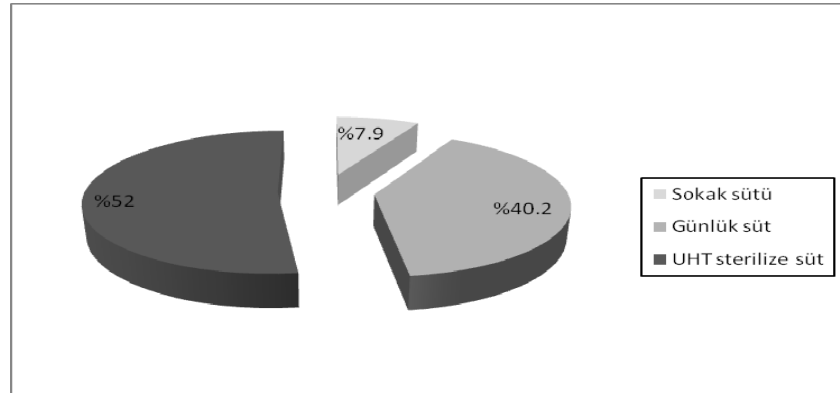
Kahvaltıda öğrencilerin %76.6'sı çayı, %7.5'nin süt, %12.8'inin meyve suyu, %1.6'sının kahveyi ve %1.5'inin ise bitki çay içtikleri belirlenmiştir. “Süt hangi yaşta tüketilmeli?” sorusuna öğrencilerin %94.8'i

her yaşta, %3'ü bebekken, %2.2'si çocukken tüketilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ankete katılan öğrencilerin büyük bir kısmının (%94.8) sütün her yaşta tüketilmesi gerektiğini ve sütün besleyici olduğunu bilmelerine rağmen yeterli miktarda süt tüketmedikleri gözlenmiştir.

Öğrencilerin süt satın alım gücünü belirlemek amacıyla “Süt fiyatlarını nasıl buluyorsunuz?” sorusuna %71'i süt fiyatlarını uygun, %26'sının pahalı ve %3'ünün ise ucuz buldukları belirlenmiştir (Şekil-4).



Şekil 4. Öğrencilerin süt fiyatları hakkındaki görüşlerinin % dağılımı

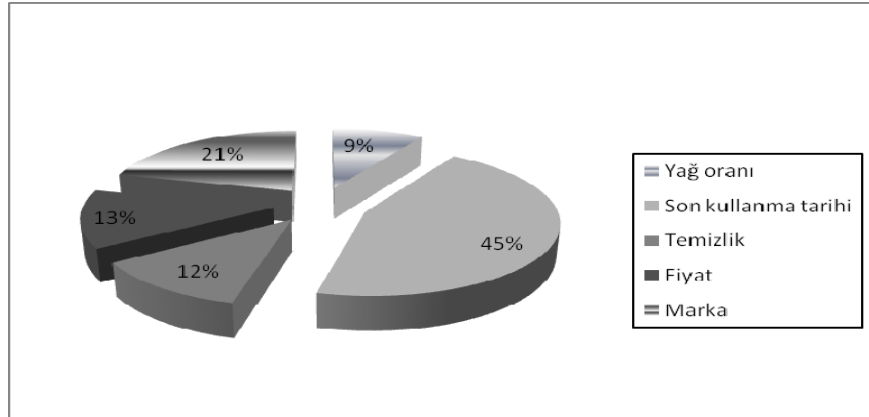


Şekil 5. Öğrencilerin tercih ettikleri süt çeşitlerinin % dağılımı

Öğrenciler içme sütü tercihlerinin; %52'si UHT süt, %40.2'si pastörize süt, %7.9'unun sokak sütünü tercih ettiği ortaya çıkmıştır (Şekil-5).

Öğrencilerin %91.6'sının sütü marketten, %1.5'u bakkaldan, %6.1'i sokak sütçüsünden ve %0.8'inin ise başka yollardan temin ettikleri belirlenmiştir.

Öğrencilerin süt alırken göz önünde tuttıkları kriterlerin dağılımı Şekil 6'da verilmektedir. Tüm öğrencilerin %45'i süt alırken son kullanma tarihine, %21'i ise markasına dikkat ettiklerini belirtmiştir. Bu dağılım incelendiğinde öğrencilerin birden fazla kriteri bakarak sütü satın aldıkları gözle çarpılmaktadır.

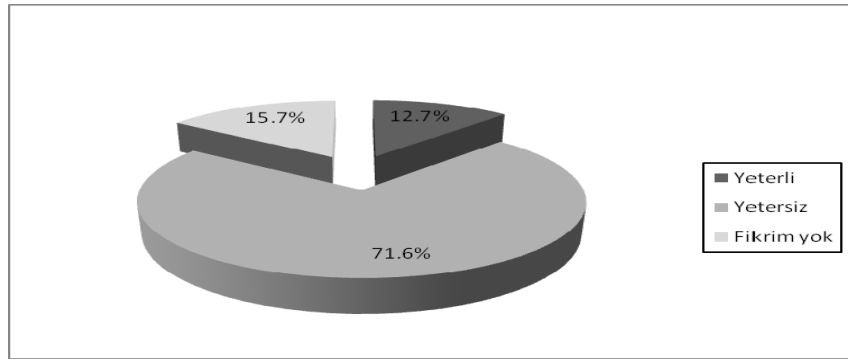


Şekil 6. Öğrencilerin süt alırken dikkat ettikleri hususların % dağılımı

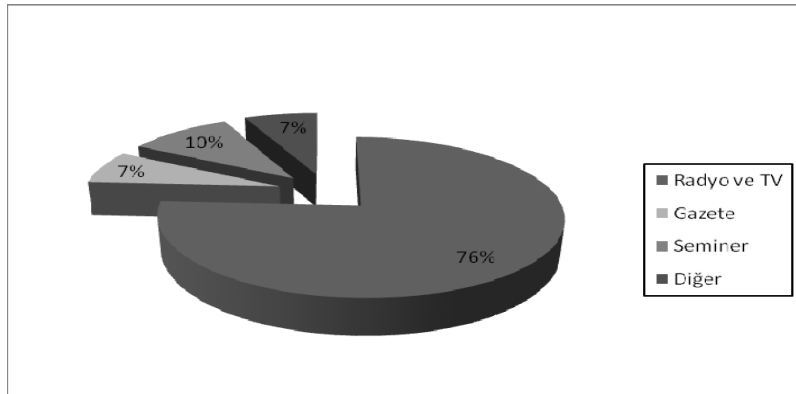
Paket süt alan öğrencilerin içmeden önce ısıtma işlemine tabi tutup tutmadıklarını belirlemek için sorulan soruya %57.4'ünün hiç ısıtmadığı, %20.9'unun ısıttığı, %7.7'sinin hafif ısıttığı ve %14'ünün de kaynatmış olduğunu belirtmiştir. Benzer sonuçlar Durmaz ve ark. 2002 [8] tarafından da bildirilmiştir. Bu durum öğrencilerin steril paket sütün herhangi bir ısıtma işlemine tabi tutulmadan güvenle içilebileceğini bilmediklerini göstermektedir.

“Süt şişmanlatır mı?” sorusuna, öğrencilerin %12.1'i şişmanlatır, %48.9'u şişmanlatmaz, %39'u bu konuda herhangi bir bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir.

Ankete katılan öğrenciler süt tüketiminin teşviki amacıyla yapılan reklam ve propoganda çalışmalarının yetersiz (%71.6), tüketimin artmasında da en önemli aracın görsel ve işitsel yayın organları (%76.1) olduğunu belirtmişlerdir (Şekil-7,Şekil-8).



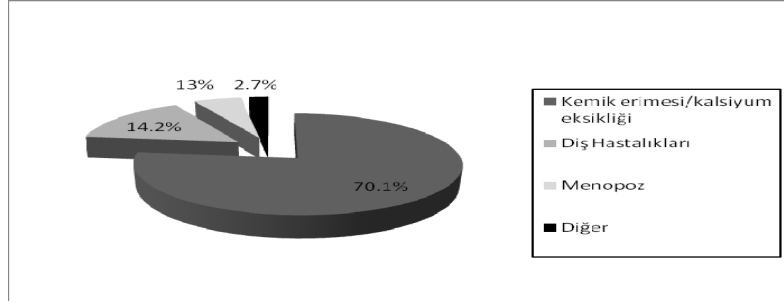
Şekil 7. Öğrencilerin içme sütünün yeterince teşvik edilip edilmediğine yönelik görüşlerinin % dağılımı



Şekil 8. Öğrencilere göre toplumu süt içmeye teşvik etmede en etkili yolun % dağılımı

“Sütün beslenme değeri ve sütteki kalsiyum hakkında bilginiz var mı?” sorusuna %54.9'u “evet”, %10.5'i “hayır”, %34.6'sı “fikrim yok” cevabını vermiştir. “Yetişkin bir insanın alması gereken günlük kalsiyum miktarını biliyor musunuz?” sorusuna ise %34.3'ü “evet”, %28.4'ü “hayır”, %37.3'ü “fikrim yok” cevabını vermiştir. “Kalsiyum eksikliğinde olabilecek hastalıklar hakkında

fikriniz var mı? Varsa bildiğiniz hastalıklar nelerdir?” sorusuna %75.2'si “evet” %12'si “hayır”, %12.8'i “fikrim yok” cevabını vermiştir. Öğrencilerin %70.1'i kemik erimesi (osteoporoz) veya kalsiyum eksikliğine dayalı hastalıkları, %14.2'si diş hastalıkları, %13'ü menopoza ve %2.7'si diğer hastalıklar (saç dökülmesi, erken yaşlanma vb.) riskini bilmektedir (Şekil-9).



Şekil 9. Yeteri kadar süt içmemenin ileride ne tür hastalık riskleri olduğu konusunda bilgi düzeylerinin % dağılımı

Sonuçlar

Araştırma sonucunda, öğrencilerin önemli bir kısmının (%82.8) düzenli olarak süt içme alışkanlığının olmadığı, süt tüketiminin önemi konusunda sınırlı düzeyde bilgiye sahip olduğu saptanmıştır.

Ankete katılan öğrencilerin büyük bir kısmının (%94.8) sütün her yaşta tüketilmesi gerektiğini, süt içenler ve içmeyenler genellikle ileride kemik erimesi veya kalsiyum eksikliğine dayalı hastalık risklerini bildiklerini ve sütün besleyici olduğunu bilmelerine rağmen yeterli miktarda süt tüketmedikleri gözlenmiştir. Süt içmeleri gerektiğini

bilinçlendirici ve özendirici bir şekilde kendilerine hatırlatılmasına ihtiyaçları vardır.

Ankete katılan öğrenciler süt tüketiminin teşviki amacıyla yapılan reklam ve propoganda çalışmalarının yetersiz (%71.6), tüketimin artmasında da en önemli aracın görsel ve işitsel yayın organları (%76.1) olduğunu belirtmişlerdir.

Süt tüketimini teşvik amacıyla; içme sütü ve diğer ürünlerinin beslenme ve sağlık açısından önemleri etkin reklam ve propaganda çalışmaları ile toplum fertlerine anlatılmasının iyi sonuçlar vereceği kanaatindeyiz.

Kaynaklar

- [1] Yetişmeyen, A.,(1997). Süt Teknolojisi. Ankara Üniv. Ziraat Fak. Yay. No: 1482, Ders Kitabı:443. Ankara.
- [2] Tekinşen OC, (1997): Süt Ürünleri Teknolojisi.Selçuk Üniv.Vet.Fak.Yay.Ünit.,Konya.
- [3] Şimşek O,Çetin C, Bilgin B, .İstanbul İlinde İçme Sütü Tüketim Alışkanlıkları Ve Bu Alışkanlıkları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma. Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi. 2005 2(1).
- [4] Demirci, M. ve O.Şimşek, (1997).Süt işleme Teknolojisi. Hasad Yayıncılık,İstanbul.
- [5] Ayar A, Demirulus H, (2000):Eğitim Çağındaki Gençlerin Süt Ve Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlıklarının Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma. Gıda, 25,5:371-376.
- [6] Yılmaz, İ. Ve M.Demirci,2001.Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Dünya Gıda 2001-5,s.83-86.
- [7] Karagözlü N.,ve C.,Karaca S.,Eren S.,Üniversite Öğrencilerinde Süt Ve Ürünleri Tüketim Alışkanlıkları Ve Beslenme Bilinçleri Üzerine Bir Araştırma:Celal Bayar Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Örneği.C.B.Ü. Fen Bilimleri Dergisi1.2 (2005)101-108.
- [8] Durmaz H., Sağun E., Tarakçı Z., Yüksekokul Öğrencilerin İçme Sütü Tüketim Alışkanlıkları.YYÜ.Vet.Fak.Dergisi.(2002),13(1-2):69-73.

CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARININ HAKKANİYET AÇISINDAN DEĞERLENDİRMESİ

Ece UĞURLUOĞLU*, Hacer ÖZGEN**

*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, Ankara, Türkiye,
ugurluoglu@health.ankara.edu.tr

**Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara, Türkiye,
hozgen@hacettepe.edu.tr

ÖZET

Cepten sağlık harcamalarının bir toplumdaki bireyleri ve hanehalklarını hakkaniyet açısından olumsuz etkileme olasılığı vardır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye genelinde hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten harcamaların dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesidir. Bu amaç kapsamında Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı Bütçe Araştırması 2003-2005 verileri kullanılarak, toplam 42.867 hanehalkından cepten sağlık harcaması yapan 18.682 hanehalkı (%43,6) araştırma kapsamına alınmıştır. Cepten harcamalarda dikey hakkaniyet incelenen her yıl için ayrı olarak orantı yaklaşımı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, Türkiye’de 2003-2005 yıllarında cepten harcama azalan oranlı bir sağlık finansman kaynağı olmuştur, dolayısıyla cepten harcamalarda hakkaniyet sağlanamamıştır. Cepten harcamalarda hakkaniyetin iyileştirilmesine yönelik sağlık politikalarında değişiklik yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık finansmanı, cepten sağlık harcamaları, hakkaniyet, dikey hakkaniyet

I.Giriş

Sağlık hizmeti ihtiyacının önceden belirlenebilir nitelikte olmaması ve sağlık hizmetleri kullanımının bireyler ve hanehalkları üzerinde öngörülemezlik finansal yük yaratma olasılığı, sağlık harcamalarının finansal yüküne karşı güvence sağlayan sosyal ve özel sağlık finansman kaynaklarını doğurmuştur. Sağlık hizmetleri finansman kaynaklarından biri de, farklı ülkelerde değişik biçimlerde kullanılan cepten harcamalardır. Sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyet, bireylerin sağlık

hizmeti kullandıklarında sistemin finansmanına yaptıkları katkının ödeme gücüne göre olması ve toplumdaki herkes için finansal koruma sağlanması esasına dayalıdır. En az finansal koruma sağlayan finansman kaynağı olarak cepten harcamalar hakkaniyeti olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir [1-4].

Tüm finansman kaynaklarında olduğu gibi, cepten harcamalarda da hakkaniyet, yatay ve dikey olarak ele alınmaktadır. Yatay hakkaniyet, ödeme gücü aynı olan bireylerin aldıkları sağlık hizmetleri için aynı düzeyde ödeme yapmasıdır. Dikey hakkaniyet, farklı düzeylerde ödeme gücü olan bireylerin sağlık finansmanına farklı düzeylerde katkı yapması anlamına gelmektedir [5,6]

Cepten harcamalarda hakkaniyetin sağlanması için hem yatay hem dikey hakkaniyetin sağlanması gerekmektedir [7]. Ancak dikey hakkaniyet, sağlık hizmetleri finansmanında özellikle ilgi odağı olan hakkaniyet türüdür. Bunun temel nedeni, her bireyin kendisinin bir havuz olması ve dolayısıyla farklı ödeme gücüne sahip bireylerin sağlık hizmetleri için kullanabilecekleri farklı büyüklükte kaynak havuzu yaratabilmesidir. Bu da, sağlık ihtiyaçlarının göreceli olarak daha fazla olduğu dikkate alındığında, küçük havuza sahip bireylerin sağlığa ayıracakları payın büyük havuza sahip bireylere göre daha yüksek olması demektir [7]. Oysa sosyal adaletin sağlanabilmesi için sağlık sistemi finansmanına “az kazananın az, çok kazananın çok” katkı sağlaması gerekmektedir. Ayrıca dikey hakkaniyetsizlik yatay hakkaniyetsizliğe

göre ortadan kaldırılması/azaltılması daha kolay olduğu için politika belirleyiciler tarafından daha fazla tercih edilir [8].

Cepten harcamaların dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesi, ödeme gücü ve cepten harcama arasındaki ilişkiye bakılarak yapılmaktadır. Bu ilişkinin ne kadar artan oranlı (zengin bireylerin oransal olarak daha fazla ödeme yapmaları) veya ne kadar azalan oranlı (zengin bireylerin oransal olarak daha az ödeme yapmaları) olduğu değerlendirilir [5,6]. Cepten harcamalarda hakkaniyetin sağlanması için ödeme gücü ile cepten harcama arasındaki ilişkinin artan oranlı olması gerekir. Yapılan uluslararası araştırmalar, cepten harcamaların sağlık finansmanında azalan oranlı bir yöntem olduğunu ve dolayısıyla dikey hakkaniyeti sağlayamadığını göstermiştir [1-4,9].

Cepten harcamaların finansmandaki rolü özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde daha fazla olduğundan cepten harcamalarda hakkaniyet konusu bu ülkelerde daha da önem kazanmaktadır. Mevcut verilere göre, cepten harcamaların Türkiye sağlık sistemi finansmanındaki rolü 1992-2006 yılları arasında azalmıştır (1992 yılında %31,0, 2006 yılında %19,0). 1992-2000 yılları arasında %28,0 ile %31,0 arasında değişen ve oldukça stabil bir eğilim gösteren cepten harcamalarının payı özellikle 2000 yılından sonra azalmıştır [10-14].

Sağlık harcamalarını tahmin etme yöntemlerindeki değişiklikler nedeniyle 1992-2006 yılları arasında yapılan cepten harcama verilerindeki değişiklikleri, tam olarak karşılaştırmak mümkün olmamakla birlikte bu değişimin bir bölümünü, sağlık sektöründe gerçekleştirilen birçok değişikliğe atfetmek mümkündür. Bu değişiklikler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- *2000’li yıllarda sağlık güvencesi kapsamında olan nüfusun genişletilmesi.* 1990 yılında yaklaşık 36,5 milyon bireye sağlık güvencesi sağlayan sosyal güvenlik kurumları kapsamı 2006 yılında 58,5 milyon bireye yükseltmiştir [15].
- *2003 yılında ilaç katkı paylarının maaşlardan kesilmeye başlanması.* Doğrudan eczanelere yapılması öngörülen ancak birçok nedenle çoğu zaman

yapılmayan ilaç katkı payı ödemeleri, Muhasebat Genel Müdürlüğü’nün 2003 yılında uygulamaya koyduğu 590 numaralı tebliği ile birlikte, doğrudan çalışanların maaşlarından kesilmeye başlanmıştır.

- *2004 yılında Yeşil Kart sahiplerinin yararlandıkları ayakta sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi.* Yeşil Kart sahiplerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde ayakta tedavi kapsamında alacakları ilaçları da içeren birçok hizmet geri ödeme kapsamına alınmıştır [16].
- *2005 yılında Yeşil Kart’lı nüfusa ilaç katkı payı uygulamasının getirilmesi.* Yeşil Kart sahiplerinin 2004 yılında ilaç katkı paylarından muaf tutulması ilaç harcamalarında önemli artışa neden olduğu için %20 katkı payı ödemesi yürürlüğe girmiştir [17].
- *2005 yılında kamu sağlık birimlerine bağlı derneklere “bağış” olarak yapılan ödemelerin kaldırılması* [18].
- 2005 yılında sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığına ve 2006 yılında kurum olarak Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) devredilmeden önce, Sosyal Sigortalar Kurumu’na (SSK) bağlı bireylerin sevk almadan üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarından alınan hizmetler için cepten ödeme yapmak zorunda kalması ve SSK sağlık tesislerinden duyulan memnuniyetsizlik nedeniyle özellikle özel hekim muayeneleri için cepten harcama yapmaları.
- 2007 yılında yürürlüğe giren Sağlık Uygulama Tebliği öncesinde, sağlıkla ilgili çeşitli mal/hizmetler için geri ödemelerdeki farklılıklar. Örneğin, motorlu malul arabası ve ambulans hizmetleri için geri ödemeler ve dolayısıyla cepten harcama yükü SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları için farklı olmuştur.

Tüm bu değişiklikler, cepten harcama ile hakkaniyet arasındaki ilişkiyi etkileme potansiyeline sahiptir. Türkiye’de cepten sağlık harcaması ve dikey hakkaniyet

arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, bu konuda yorum yapmaya yardımcı olabilecek bazı çalışmalar mevcuttur [19-22].

Sonuç olarak, Türkiye sağlık sektöründe yaşanan değişiklikler cepten sağlık harcamalarının boyutunu ve cepten harcamalarda hakkaniyeti etkileme potansiyeline sahiptir. Sağlık reformlarının gerçekleştirildiği ve mevcut çalışmalarda kapsanmayan yıllar itibarıyla, Türkiye genelinde hanehalkı cepten sağlık harcamalarının dikey hakkaniyete olan etkilerine odaklanan bir araştırmaya ihtiyaç olduğu açıktır. Bu çalışmanın amacı, hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten harcamaların dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesidir.

II. Gereç ve Yöntem

2.1. Veri Toplama Yöntemi

Bu çalışmada, 2003-2005 yıllarına ait ikincil veri (secondary data) kullanılmıştır. Verinin kaynağı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından oluşturulan Hanehalkı Bütçe Araştırması 2003-2005 veri setleridir. TÜİK Hanehalkı Bütçe Araştırması verileri, özel olarak tasarlanmış bir anket aracılığı ile toplanmıştır. Anket üç ana bölümden oluşmaktadır:

- Bölüm 1, hanehalkı sosyo-ekonomik durum değişkenlerini (oturulan konutun tipi, mülkiyet durumu, ısıtma sistemi, konut kolaylıkları, sahip olunan eşyalar, ulaştırma araçları vb.) içermektedir.
- Bölüm 2, hane bazında toplam 12 kalemden oluşan tüketim harcaması değişkenlerini (sağlık, gıda ve alkolsüz içecekler, ulaştırma, haberleşme, eğitim, eğlence, kültür vb.) içermektedir.
- Bölüm 3 hanedeki bireylere ilişkin demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu), istihdam durumu değişkenlerini (meslek, iktisadi faaliyet, işteki durum), hanede fiziksel veya zihinsel sağlık sorunu olması durumu ve faaliyet ve faaliyet dışı gelir değişkenlerini içermektedir.

Bütçe Araştırması anketinin alan uygulaması 2003-2005 yıllarında 1 Ocak – 31 Aralık tarihleri arasında; anketör, kontrolör, organizatör ve teknik yetkili olarak görevlendirilen elemanlarca yapılmıştır. Verilerin toplanmasında görüşme, gözlem ve kayıt yöntemleri birlikte kullanılmıştır. Her anketör, her ay ortalama 6 hanehalkını anket ayı öncesi 1 kez, 1. ve 2. hafta 2’şer kez, 3. ve 4. hafta 1 kez ve anket ayı bitiminde 1 kez olmak üzere ayda ortalama 8 kez ziyaret ederek tüketim harcaması ve gelir bilgilerini kayıt etmiştir.

Anket ayı içinde yapılan ziyaretler sırasında, hanenin anket ayı içinde yaptığı tüketim harcamaları haneye bırakılan kayıt defterinden kayıt etme ve görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Anket ayı bitiminde yapılan son görüşmede ise, hanedeki fertlerin anket ayı içindeki istihdam durumu, iktisadi faaliyeti, mesleği, işteki durumu, anket ayı ve son bir yıl içerisinde elde ettiği gelir bilgileri elde edilmiştir. Böylece örnekleme giren her hanenin anketin uygulandığı ay boyunca yapmış olduğu harcamalar, elde ettiği gelirler ve diğer bilgiler elde edilerek anket formuna aktarılmış ve veri seti yaratılmıştır. TÜİK Bütçe Araştırması veri setlerinde sağlık harcamaları hanedeki her bir fert için değil, hanenin tamamı için verileri içermektedir.

2.2. Evren ve Örneklem

TÜİK Hanehalkı Bütçe Araştırması, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan tüm hanehalkı fertlerini kapsamıştır. Ancak araştırmada yaşlılar evi, huzur evleri, hapisane, askeri kışla, hastane, üniversite yurtları, yetiştirme yurdunda bulunan nüfus ile göçer nüfustan oluşan “kurumsal nüfus” uygulama zorluğundan dolayı kapsam dışında bırakılmıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın araştırma evrenini 2003-2005 yıllarında Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan, kurumsal olmayan hanehalklarının tamamı oluşturmuştur.

TÜİK Hanehalkı Bütçe Araştırmasında nihai örnekleme birimi hanehalklarıdır. Anketin uygulanacağı hanehalklarının belirlenmesinde tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Birinci aşamada örnekleme birimi olarak nüfus büyüklüğüne orantılı olasılık yöntemi ile anket uygulanacak bloklar seçilmiştir. Seçilen bu

bloklarda üçer aylık dönemlerde adres güncelleme çalışması gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada adres güncelleme çalışmasından elde edilen bilgilere (hanehalkındaki referans bireyin öğrenim durumu, istihdam durumu, yaptığı iş, hanehalkının oturduğu konutun mülkiyet durumu, ısıtma sistemi, hanede bulunan toplam fert sayısı, 15+ yaştaki fert sayısı, tarımla uğraşan hanehalkları için işlenen arazi büyüklüğü, küçük ve büyük baş hayvan sayıları vb) göre sıralanan her bir bloktan nihai örnekleme birimi olan hanehalkları sistematik olarak seçilmiştir. Örnekleme seçilen asıl hanehalkı ile hanehalkının anketin uygulanmasını kabul etmemesi, kapıyı açmaması, sağlık sorunu olması, hanehalkının çok yaşlı ve işitme veya görme engelli olması gibi nedenlerle anketin uygulanamaması durumunda ikame yaklaşımı kullanılmıştır.

TÜİK tarafından veri setleri ile birlikte sağlanan “Hanehalkı Bütçe Anketlerinin Uygulama Yöntemi, Tanım ve Kavramlar” başlıklı dokümana göre, 2003 yılı araştırmasında bir yıl süre ile her ay değişen aylık toplam 2.160, yıllık toplam 25.920 hanehalkından; 2004 yılı araştırmasında bir yıl süre ile her ay değişen aylık toplam 720, yıllık toplam 8.640 hanehalkından; 2005 yılı araştırmasında ise, bir yıl süre ile her ay değişen aylık toplam 720, yıllık toplam 8.640 hanehalkından veri toplanmıştır. Ancak “bülten” numaraları itibarıyla her yılın veri seti incelendiğinde, hiçbir şekilde verisi olmayan toplam hanehalkı sayısının 2003 yılında 156, 2004 yılında 96 ve 2005 yılında 81 olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla bu çalışmanın örnekleme toplam 42.867 hanehalkından oluşmuştur (43.200 hanenin %99,2’si). Bu çalışmada cepten sağlık harcaması ile gelir arasındaki ilişki incelendiğinden, cepten sağlık harcaması yapmayan haneler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır (toplam 24.177 hane, 42.867 hanenin %56,4’ü). Sonuç olarak, bu çalışmanın örnekleme 18.690 hanehalkından oluşmuştur (42.867 hanenin %43,6’sı).

2.3. Araştırmanın Değişkenleri

Türkiye’de cepten sağlık harcaması ve ödeme gücü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın iki ana değişkeni vardır: cepten sağlık harcaması ve

ödeme gücü. Bu değişkenler aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

2.3.1. Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni

Hakkaniyet analizlerinde cepten sağlık harcaması hanenin yıllık toplam cepten sağlık harcaması [1,23-25] ve hanenin yıllık toplam geliri içinde cepten sağlık harcamasının oranı [1-3,9,23,24,26-29] olarak iki şekilde ölçülmektedir. Cepten harcama değişkeninin ikinci formu, cepten harcamada artan oranlılığı ölçmenin doğrudan ölçütü olarak kabul edilmektedir [30]. Bu çalışmada, cepten harcama ve dikey hakkaniyet ilişkisini değerlendirmede kullanılan farklı yaklaşımlar her iki değişkenin de kullanılmasını gerektirdiğinden cepten harcama değişkeninin her iki formu da kullanılmıştır.

TÜİK veri setinde cepten sağlık harcaması, hanelerin bir ayda yapmış oldukları üç ana harcama kaleminin toplamından oluşmaktadır. Bunlar tıbbi ürünler, aletler ve malzemeler için yapılan harcamalar, ayakta tedavi hizmetleri için yapılan harcamalar ve yataklı tedavi hizmetleri için yapılan harcamalar şeklindedir. TÜİK, cepten sağlık harcaması verilerini yıl boyunca her ay örnekleme seçilen farklı hanelere sorarak topladığından, bir yılın sonunda Türkiye’yi temsil eden aylık toplam cepten sağlık harcaması belirlenmiştir. Bu çalışmada cepten harcama değişkeni, hanehalkının yıllık toplam harcaması olarak tanımlandığı için her hanenin aylık cepten harcama verisi 12 ile çarpılarak yıllık rakamlar elde edilmiştir. Yıllar arasında cepten harcamalarda enflasyona atfedilebilecek farkı ortadan kaldırılabilmek amacıyla, yıllık cepten harcama verileri 2003 yılı temel yıl alınarak (2003=100) 2004 ve 2005 yıllarında Aralık ayı itibarıyla sağlığa özel Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE) değerlerindeki değişim yüzdeleri kullanılarak [31] reel değerlere dönüştürülmüştür.

2.3.2. Ödeme Gücü Değişkeni

Hakkaniyet analizlerinde ödeme gücü değişkeni de gelir [3,23,28,29] ve tüketim harcaması [1,2,9,24,25,27] olarak iki farklı şekilde ölçülmektedir. Gelir, ödeme gücünün doğrudan göstergesidir [30]. Bu nedenle bu çalışmada ödeme gücü, hanenin yıllık toplam

kullanılabilir geliri ile ölçülmüş ve her hanenin gelir seviyesi %20'lik gelir dilimindeki yeri itibariyle tanımlanmıştır. Kullanılan veri setinde hanehalkı geliri, araştırma kapsamında görüşme yapılan tüm hanelerin son bir yılda elde ettiği toplam kullanılabilir hanehalkı gelirleri olarak tanımlanmıştır. Hanehalklarının gelirleri itibariyle karşılaştırılabilir duruma getirilebilmesi amacıyla, hanehalkı yıllık toplam kullanılabilir gelir verileri 2003 yılı temel alınarak (2003=100) 2004 ve 2005 yıllarında Aralık ayı itibariyle genel TÜFE değerlerindeki değişim yüzdeleri kullanılarak reel değerlere dönüştürülmüştür [31].

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada kapsanan her yıl için ayrı tanımlayıcı istatistiksel analizler yapılmıştır. Bu analizler araştırma değişkenlerinin dağılımını ortaya koymak ve cepten harcamalarda dikey hakkaniyeti değerlendirmek için orantı yaklaşımı analizlerini uygulamak amacıyla yapılmıştır. Bu yaklaşım aşağıda açıklanmaktadır.

2.4.1. Orantı Yaklaşımı

Ödeme gücü hanelere göre değiştiği için cepten harcamanın hanelerde yarattığı finansal yükün farklılaşması nedeniyle, orantı yaklaşımı cepten sağlık harcaması ile dikey hakkaniyet ilişkisini değerlendirmenin en doğrudan yöntemi olarak kabul edilmektedir [30]. Bu yaklaşımda, cepten harcamanın dikey hakkaniyet açısından artan oranlı bir finansman yöntemi olup olmadığı, hanehalkı geliri içinde cepten sağlık harcamasının payının gelir dilimleri itibariyle dağılımına dayalı olarak değerlendirilmektedir. Cepten harcamanın gelir içindeki payının gelir dilimleri yükseldikçe artış göstermesi artan oranlılığa ve dolayısıyla dikey hakkaniyete işaret etmektedir [3,9,27,29,30,32].

Yapılan tüm analizlerde analiz birimi hanehalkıdır. Analizlerin bireysel düzeyde yapılmamasının nedeni, daha önce de belirtildiği gibi, kullanılan veri setinin hanedeki her birey için değil, hanenin tamamına ait sağlık harcaması verilerini içermesidir. Ancak sağlık harcamalarının finansal yükünün hanehalkı düzeyinde değerlendirilmesi bazı durumlarda özellikle önemli olduğundan bu durum bu çalışmada bir

sınırlılık yaratmamaktadır. Bu durumlara örnek olarak, çocukların sağlık hizmetlerine erişimi, kullanımı ve sağlık güvencesi kapsamında olup olmadığı ve dolayısıyla sağlık harcamalarının ebeveynlerinin durumuna bağlı olması ve ailedeki bir fert için katastrofik harcamaların tüm aile fertlerinin finansal yükünü ve diğer fertler için sağlık hizmeti kullanma ve harcama yapma kararını etkileyebilmesi sayılabilir [27,33].

Analiz kapsamına incelenen üç yıla ait toplam 18.690 hanehalkı alınmıştır. Bu haneler arasında verisi olmayan toplam sekiz hane analiz kapsamı dışında bırakılmıştır. Kapsam dışı bırakılan bu sekiz hanehalkının beş tanesi 2005 yılına, üç tanesi 2003 yılına aittir. Sonuç olarak, tüm analizler toplam 18.682 hanehalkı (18.690 hanenin %99,96'sı) ile yapılmıştır.

III. Bulgular ve Tartışma

3.1. Genel Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hanehalklarının araştırma değişkenleri itibariyle dağılımı Tablo 1'de sunulmaktadır. Hanehalkı toplam cepten sağlık harcaması itibariyle bakıldığında, genel olarak, bir hane yılda ortalama yaklaşık 442 YTL cepten sağlık harcaması yapmıştır. Bu rakam 2003, 2004 ve 2005 yıllarında artarak sırasıyla ortalama yaklaşık 424 YTL, 441 YTL ve 488 YTL olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla, 2005 yılında 2003 yılına göre hane başına cepten sağlık harcaması ortalama %15,0 artış göstermiştir.

Gelirin yüzdesi olarak cepten harcama dikkate alındığında, genel olarak, bir hane ortalama yıllık toplam kullanılabilir gelirinin yaklaşık %5,0'unu sağlık amaçlı olarak harcamıştır. Yıllar itibariyle değerlendirildiğinde, bir hanenin yıllık toplam kullanılabilir gelirden sağlığa ayırdığı pay, 2003 yılında ortalama %4,8'dir. Bu yüzde, sonraki iki yılda sırasıyla %1,2 ve %1,0 azalma göstermiştir.

Hanehalkı gelir seviyesi tüm yıllar itibariyle birlikte değerlendirildiğinde, cepten sağlık harcaması yapan hanehalkları arasında, 1. gelir diliminde yer alan hanehalklarının geliri ortalama yaklaşık 3.661 YTL, 5. gelir dilimindeki hanehalklarının ise ortalama yaklaşık 27.465 YTL olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla 2003-2005 yılları arasında cepten

sağlık harcaması yapan ve 1. ve 5. gelir dilimlerinde yer alan hanehalkları arasındaki gelir farkı ortalama 7,5 kattır. Yıllar arasında değerlendirme yapıldığında, yıllık geliri ortalama 3.454 YTL olan 1. gelir dilimindeki hanelerin geliri, 2004 ve 2005 yıllarında sırasıyla %11,3 ve %15,7 artmıştır.

3.2. Toplam Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Dağılımı

Hanehalkı yıllık toplam cepten sağlık harcamasının gelir dilimlerine göre dağılımı Şekil 1'de yıllar itibariyle gösterilmektedir. Genel olarak, hanehalkı geliri arttıkça cepten sağlık harcaması artmıştır. Araştırmada incelenen tüm yıllar itibariyle en düşük cepten sağlık harcamasının 1. gelir dilimindeki haneler, en yüksek cepten sağlık harcamasının ise 5. gelir dilimindeki haneler tarafından yapıldığı bulunmuştur. 2003-2005 yıllarında 5. gelir dilimindeki haneler 1. gelir dilimindeki hanelere göre sırasıyla yaklaşık 3,3 kat, 2,8 kat ve 3 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapmıştır. Ayrıca yoksul hanehalkları her yıl artan miktarda cepten harcama yapmıştır. Buna karşın, zengin hanehalklarının yaptığı sağlık amaçlı cepten harcamanın 2003 yılına göre 2004 yılında azaldığı belirlenmiştir. Her iki grup hanehalkı için de 2005 yılı cepten sağlık harcamasının artış gösterdiği bir yıl olmuştur.

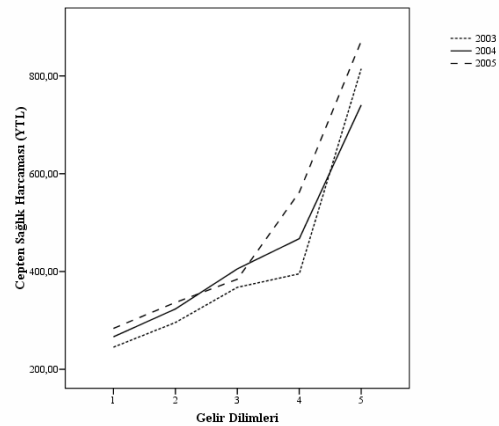
Cepten harcama ve gelir arasındaki ilişki genel ortalama ile karşılaştırıldığında, 2003 yılında bir hane ortalama yaklaşık 424 YTL cepten sağlık harcaması yaparken, 1. gelir dilimindeki haneler ortalamadan yaklaşık 1,7 kat daha az, 5. gelir dilimindeki haneler ise ortalamadan yaklaşık 2 kat daha fazla cepten harcama yapmıştır. 2004 yılında bir hane yıllık ortalama yaklaşık 441 YTL cepten sağlık harcaması yaparken, 1. gelir dilimindeki hanelerin ortalamadan yaklaşık 1,6 kat daha az, 5. gelir dilimindeki hanelerin ise ortalamadan yaklaşık 1,6 kat daha fazla cepten harcama yaptığı belirlenmiştir. Bir hanenin ortalama yaklaşık 488 YTL cepten sağlık harcaması yaptığı 2005 yılında, 1. gelir dilimindeki hanelerin ortalamadan yaklaşık 1,7 kat daha az, 5. gelir dilimindeki hanelerin ise ortalamadan yaklaşık 1,8 kat daha fazla cepten harcama yaptığı bulunmuştur.

Hanehalkının geliri yükseldikçe cepten yapılan sağlık harcamasının da artış göstermesi ulusal ve uluslararası literatürle uyumludur

[1,19,24,34,35]. Bu bulgu, gelir düzeyi yüksek hanehalklarının sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları veya daha pahalı sağlık hizmetlerini tercih etmeleri, gelir düzeyi düşük hanehalklarının ise yaşadıkları finansal zorluk nedeniyle sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları olduğu halde yeterince yararlanamaması veya daha ucuz sağlık hizmetlerini kullanması ile açıklanabilir [1,36].

Örneğin, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları (USH) Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırmasında, sağlık sorunu olan bireylerin %15,5'inin sağlık sorununu çözmek için hiçbir şey yapmadığı ve bu durumun, 5. gelir dilimindeki bireylerle karşılaştırıldığında, 1. gelir dilimindeki bireyler arasında çok daha yüksek olduğu (%8,71'e karşı yaklaşık %25,0) bulunmuştur [21]. Liu ve arkadaşlarının (2005) Türkiye USH Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırması ile aynı veri setini kullanarak yaptığı ilave analizlerde, 1. gelir diliminde sağlık sorununun çözümü için hiçbir şey yapmayan bireylerin %62,5'inin buna gerekçe olarak finansal nedenleri gösterdiği belirlenmiştir.

Gelir düzeyi çok düşük hanehalklarının zorunlu olmadıkça sağlık hizmeti talebinde bulunmamaları hem bireylerin ve toplumun sağlık statüsü hem ülkenin kaynaklarının kullanımını açısından önemlidir. Daha açık bir ifadeyle, bireylerin sağlık sorunlarının çözümü için formal sağlık hizmeti almaması veya bunu geciktirmesi, hastalığın zamanında veya hiç tedavi edilmemesi nedeniyle ilerlemesine ve dolayısıyla sağlık harcamalarının artmasına da yol açabilir [23,37,38].



Şekil 1: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Tablo 1: Araştırma Kapsamına Alınan Hanehalklarının Araştırma Değişkenlerine Göre Tanımlayıcı Bulguları

Değişken	2003 (n=10.494)				2004 (n=3.860)				2005 (n= 4.328)				Genel (n= 18.682)			
	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS
Hanehalkı cepten sağlık harcaması (YTL)	10.494	100,00	423,7	1.274,8	3.860	100,00	440,6	1.134,9	4.328	100,00	487,5	1.437,1	18.682	100,00	442,0	1.287,6
Hanehalkı gelirinin yüzdesi olarak cepten sağlık harcaması	10.494	100,00	4,8	14,6	3.860	100,00	4,8	12,4	4.328	100,00	4,8	11,2	18.682	100,00	4,8	13,4
Hanehalkı gelini* (YTL)																
1. Dilim (Yoksul)	2.099	20,00	3.453,6	970,4	772	20,00	3.845,9	1.137,5	866	20,00	3.998,0	1.300,4	3.737	20,00	3.660,8	1.115,6
2. Dilim	2.099	20,00	5.808,9	621,4	772	20,00	6.562,0	671,8	866	20,00	7.072,0	771,1	3.737	20,00	6.257,2	856,5
3. Dilim	2.099	20,00	8.174,4	778,0	772	20,00	9.290,2	921,0	865	20,00	10.034,6	953,9	3.736	20,00	8.835,7	1.160,6
4. Dilim	2.099	20,00	11.777,7	1.420,7	772	20,00	13.230,6	1.464,7	866	20,00	14.343,7	1.660,7	3.737	20,00	12.672,5	1.837,5
5. Dilim (Zengin)	2.098	20,00	27.118,7	24.314,5	772	20,00	27.299,3	20.008,5	865	20,00	28.453,9	16.955,8	3.735	20,00	27.465,3	21.943,1

* 2003 yılında %20'lik dilimler: 2004 yılında %20'lik dilimler: 2005 yılında %20'lik dilimler:

1=≤ 4.783,33

2=4.783,34 – 6.904,68

3=6.904,69 – 9.630,07

4=9.630,08 – 14.608,45

5=≥ 14.608,46

1=≤ 5.423,60

2=5.423,61 – 7.760,67

3=7.760,68 – 11.015,51

4=11.015,52 – 16.172,36

5=≥ 16.172,37

1=≤ 5.776,83

2=5.776,84 – 8.460,20

3=8.460,21 – 11.725,17

4=11.725,18 – 17.521,86

5=≥ 17.521,87

3.3. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Dağılımı (Orantı Yaklaşımı)

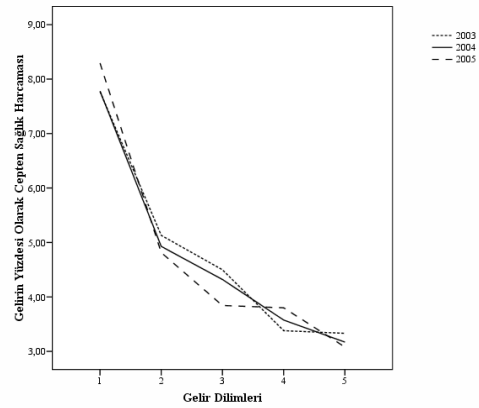
Hanehalkı yıllık toplam kullanılabilir gelirinin yüzdesi olarak cepten sağlık harcamasının gelir dilimlerine göre dağılımı Şekil 2’de yıllar itibariyle sunulmaktadır. Genel olarak, hanehalkı geliri arttıkça cepten sağlık harcamalarının hanehalkı geliri içindeki payı azalmıştır. 2003-2005 yıllarında, 1. gelir dilimindeki haneler zengin hanelere göre daha az cepten sağlık harcaması yapsa da, bu hanelerin 5. gelir dilimindeki hanelere göre cepten yaptıkları sağlık harcaması gelirlerinin çok daha yüksek bir yüzdesini oluşturmuştur.

Genel ortalama ile karşılaştırıldığında, 2003 yılında bir hane gelirinin ortalama %4,82’sini sağlığa ayırırken, 1. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin ortalama %7,77’sini, 5. gelir dilimindeki haneler ise gelirlerinin %3,33’ünü sağlığa ayırmıştır. 2004 yılında, bir hane gelirinin ortalama %4,76’sını sağlık amaçlı kullanırken, 1. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin ortalama %7,78’ini, 5. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin ortalama %3,17’sini sağlık amaçlı olarak kullanmıştır. 2005 yılında bir hane diğer iki yıla benzer şekilde gelirinin ortalama %4,77’sini sağlığa ayırırken, 1. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin %8,29’unu, 5. gelir dilimindeki hanelerin gelirlerinin ortalama %3,08’ini sağlık amaçlı olarak kullanmışlardır.

Hanehalkı gelir düzeyi arttıkça cepten sağlık harcamalarının hanehalkı geliri içindeki payının azalması, 2003-2005 yılları arasında cepten sağlık harcamalarının dikey hakkaniyet açısından azalan oranlı bir finansman kaynağı olduğuna işaret etmektedir. Bir başka ifadeyle, Türkiye’de cepten sağlık harcamalarının finansal yükü yoksul kesim üzerinde yoğunlaşmıştır ve incelenen her üç yılda da cepten harcamalarda dikey hakkaniyet sağlanamamıştır. Bu bulgu, uluslararası literatürde orantı yaklaşımına göre cepten sağlık harcamalarını değerlendiren araştırma bulguları ile uyumludur [3,9,27,29,32,39].

Gelir ile sağlık statüsü arasındaki pozitif ilişki dikkate alındığında bu durum, gelir düzeyi düşük hanehalklarının finansal yükünü artırmakta veya sağlık hizmetlerine erişimini

olumsuz yönde etkilemektedir. Gelir düzeyi düşük hanehalklarının finansal yükünün artması, bu hanelerin gıda, barınma, eğitim gibi temel harcamalarını azaltmakta ve bu da, sağlık statüsünün bozulmasına yol açarak bir kısır döngüye dönüşmektedir. Ayrıca yoksul haneler gelirlerinin yüzdesi olarak daha fazla finansal yük üstlenmelerine rağmen, diğer gelir gruplarına göre miktar olarak daha az cepten sağlık harcaması yaparak, sadece zorunlu sağlık ihtiyaçlarının bir kısmını karşılıyor olabilir [24].



Şekil2: Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

IV. Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten harcamaların dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, 2003-2005 yılları arasında cepten sağlık harcamalarının dikey hakkaniyet açısından azalan oranlı bir finansman kaynağı olduğu ve dolayısıyla cepten harcamalarda dikey hakkaniyetin sağlanamadığı bulunmuştur. Cepten harcamanın yarattığı finansal yük, en fazla yoksul hanehalkları tarafından üstlenilmektedir.

Genel olarak bu araştırmanın bulguları, cepten harcamalarda hakkaniyetin sağlanması için sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında politika değişiklikleri yapılması gereğinin altını çizmektedir. Cepten harcamalarda dikey hakkaniyetsizliğin olduğu bulgusu, gelirlerin hizmetin kullanımı öncesinde toplandığı ön ödeme sistemlerinin

(genel bütçe, sosyal güvenlik ve özel sigorta ile sağlanan sağlık finansmanı) yoksul hanehalklarına yeterli finansal koruma sağlamadığına veya ön ödeme sistemlerinin azalan oranlı olduğuna da işaret etmektedir. Bu nedenle politika belirleyicilerin cepten harcamalarda dikey hakkaniyetin sağlanmasına yönelik önlemler geliştirebilmeleri için, diğer finansman kaynaklarının da hakkaniyet açısından değerlendirilmesi yararlı olabilir.

Güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri, hanehalklarının gerekli olmadığı halde daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için yaptıkları cepten harcamaları azaltabilir. Bu anlamda, pilot çalışmaları devam eden aile hekimliği uygulamasının etkili olabileceği düşünülebilir. Ancak bir aile hekiminin yaklaşık 1000-4000 bireyden sorumlu olacağı ve etkili bir uygulama için aile hekimi sayısının yeterli olmadığı dikkate alındığında, aile hekimlerinden memnun olmamaları durumunda bireylerin sınırlı sayıda aile hekimi alternatifi olacaktır ve bu da, onların ikinci ve üçüncü basamak hizmet sunuculara cepten harcama yaparak başvurmak zorunda kalma olasılıklarını artırabilir. Böyle bir tablonun gerçekleşmesi durumunda, özellikle yoksul nüfusun sağlık hizmetleri kullanımı engellenebilir veya cepten harcamalara rağmen sağlık hizmeti almaya devam edebilirler ki, bu, hakkaniyet sorununu daha da derinleştirebilir.

Ayrıca informal ödemeler de cepten harcamaların boyutu ve dağılımında etki yaratabilir. Aile hekimliği uygulaması ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan talebi azalttığına, kamu sektöründe çalışan hekimlerin döner sermaye aracılığı ile yarattıkları ek gelirlerinde de azalma olması beklenir. Bu, hekimlerin formal gelirlerinde bir artış olmadığı takdirde, düşük performans ile çalışmasına ve bu da, hekimler ile ilgili memnuniyetsizliğin ve güvensizliğin devam etmesine veya artmasına ve dolayısıyla informal ödemelerin ve cepten harcamaların olumsuz etkilenmesine neden olabilir [40]. Hayata geçirilmesi durumunda, aile hekimliği uygulamasının cepten harcamalarda hakkaniyeti iyileştirmeye katkıda bulunup bulunmadığı gelecekte araştırmacıların gündeminde yer almalıdır.

Sağlık güvencesi kapsamında olan hizmetlerin genişletilmesi de hakkaniyetin sağlanmasına önemli katkı sağlayabilir. Ancak hizmet paketinin genişletilmesi kamu sağlık harcamalarında önemli artışa neden olabilir. Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile birlikte hizmet kapsamını genişleten Tayvan'da olduğu gibi, hem ahlaki tehlikeyi hem katastrofik harcamaları önlemek için belirli bir "tavana" dayalı katkı payı zorunluluğu gerekli olabilir [41]. Katkı payı zorunluluğunun yoksullar için de geçerli olması, hakkaniyette iyileşme sağlamayabileceğinden, yoksul hanehalklarının kamudan aldıkları sağlık hizmetleri için katkı payından muaf tutulması veya daha düşük katkı payı ödemesine yönelik düzenlemeler yapılabilir [7,42].

Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun genişletilmesi hakkaniyeti iyileştirmeye yardımcı olabilir. Bu anlamda, Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren GSS, alınan sağlık hizmetlerinin yarattığı finansal yükü azaltabileceği için hakkaniyeti iyileştirmede yardımcı olabilir. Ancak GSS yasasında tüm nüfus sağlık güvencesi kapsamına alınmayacaktır. Bu yasadaki yararlanabilecek bireyler ve onların bakmakla yükümlü oldukları bireyler ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır [43]. Her ne kadar tüm nüfus GSS ile sağlık güvencesi kapsamında olmayacaksa da, sağlık güvencesi kapsamında olma finansal koruma sağlayabilir. Araştırma verilerinin ilave analizlerine göre, sağlık güvencesi olan bireylerden oluşan hanelerin sağlık güvencesi olmayan bireylerden oluşan hanelere göre cepten harcama yükünün daha az olması bunu desteklemektedir. Ancak literatürde sağlık güvencesi kapsamında olmanın her zaman finansal riske karşı koruma sağlamadığı gösterilmiştir [27,44,45]. Bu çalışmada tüm bireylerin sağlık güvencesi kapsamında olduğu haneler arasında yapılan ilave değerlendirmelerde, yoksul hanelerin zengin hanelere göre gelirlerinin daha fazla kısmını sağlık için harcadığı belirlenmiştir. Bu nedenle tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınarak cepten harcamalarda hakkaniyeti sağlayabileceği beklenen GSS'de, yoksullar lehine düzenlemeler yapılmamıştır.

Ayrıca GSS'de ayakta tedavilerde, hekim ve diş hekimi muayenesinde, orte, protez,

iyileştirme araç-gereçleri ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan katkı payı alınmasına yönelik yeni düzenlemeler de öngörülmektedir. Katkı payları ayakta tedavilerde ve diş hekimi muayenelerinde başlangıçta 2 TL olarak belirlenmiştir ve her yıl SGK tarafından belirleneceği belirtilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu, 2 TL'lik katkı payı miktarını ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için beş katına kadar çıkarma yetkisine sahiptir. Bu çerçevede Ekim 2008 tarihinden itibaren ikinci basamak sağlık hizmetleri için 3TL, üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında eğitim hastaneleri için 4 TL, üniversite hastaneleri için 6TL ve özel hastaneler için 10 TL katkı payı uygulaması başlatılmıştır. Ancak Nisan 2009'da Danıştay tarafından yürütmesi durdurulan katkı payı uygulaması bu kez Haziran 2009 tarihinde sabitlenerek 2TL'ye indirilmiş, Ekim 2009 tarihinden itibaren tekrar arttırılmıştır. 1 Ekim 2009 tarihinden itibaren, reçete yazımı ile sonuçlanması durumunda birinci basamak sağlık hizmetleri için 2 TL (reçetesiz 0 TL), ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için 8 TL (reçetesiz 5 TL), özel hastaneler için 15 TL (reçetesiz 12 TL) katılım payı alınmaktadır. Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan katılım payı alınması ise %10-20 arasında olmak üzere SGK tarafından belirlenecek miktar kadar olacaktır. 18.9.2009 tarihli tedavi katılım payının uygulanması hakkında tebliğ ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında yer alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden, protez ve ortezlerde yüzde 20, yeşil kartlılardan yüzde 10 katılım payı alınacağı duyurulmuştur. Katılım payı alınacak vücut dışı protez ve ortezler arasında gözlük cam ve çerçeveleri, ağız protezleri, vücut dışı kullanılan diğer protezler ve ortezler girecektir. Yardımcı üreme yöntemi uygulayanlardan ilk uygulamada yüzde 30, ikincide yüzde 25 katılım payı talep edilecektir. Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedelleri SGK tarafından ödenmeyecektir.

GSS, informal ödeme şeklinde gerçekleşen cepten harcamalarda da artışa

neden olabilir. Bunun nedeni, GSS'nin finansal engeli ortadan kaldıracağı için sağlık hizmetlerine olan talebi artırması ve talepteki artışın arzadaki artış ile dengelenememesi durumunda sistemle ilgili memnuniyetsizlik ve güvensizlik sorununun artması veya devam etmesidir [40]. Örneğin, GSS'yi uygulamakta olan Tayvan'da, hekimlerin maaşlarında iyileştirme yapılmadığı için informal ödemeler devam etmiştir [41]. Bu bilgilere göre, GSS ile formal ve informal cepten harcamalarda değişiklikler olması muhtemeldir. Dolayısıyla, gelecekte GSS'nin hem cepten harcamalar hem cepten harcama türleri itibariyle hakkaniyeti nasıl etkilediğine ilişkin değerlendirme yapılması önemli olacaktır.

Bu çalışma, hanehalkı cepten sağlık harcaması ve dikey hakkaniyet ilişkisini ilk kez Türkiye genelinde seçilen bir örneklem ile, cepten harcama verilerinin erişilebilir ve karşılaştırılabilir olduğu tüm yılları kullanarak ve dikey hakkaniyeti değerlendirmede kullanılan en doğrudan ve yaygın yöntemlerini uygulayarak incelemesi açısından önemlidir. Ancak kullanılan veri setlerinin sınırlılıklarından dolayı bu çalışmanın sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bu sınırlılıklardan biri, çalışmanın sadece 2003-2005 yıllarını kapsamasıdır. 2006 yılı ve sonrası Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili yapılan önemli politika değişiklikleri cepten harcamalarda hakkaniyeti etkilemiş olabilir. Özellikle 2006 yılında SGK çatısı altında birleştirildikten sonra SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kanunlarına göre kapsanan hanehalklarının yaptıkları cepten harcamalarda önemli değişiklik olmuş olabilir. 2006 yılı ve sonrası için bu çalışmanın tekrarlanması, hem GSS'nin hem SGK'nın sağlık finansmanı ile ilgili yaptığı değişikliklerin hakkaniyete olan etkilerini anlama açısından önemli olacaktır. İkinci sınırlılık, hakkaniyetin sadece dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesidir. Cepten harcamalarda hakkaniyet hem yatay hem dikey hakkaniyetin sağlanması ile mümkün olduğundan [7], gelecekte cepten harcamalarda yatay hakkaniyet de incelenmelidir.

Kaynaklar

- [1] Chaudhuri A., Roy, K. Changes in out of pocket payments for healthcare in Vietnam and its impact on equity in payments, 1992-2002, Health Policy, Elektronik Sürüm (www.sciencedirect.com) (20.10.2007).
- [2] Cisse B., Luchin S., Moatti J.P. “Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa?”, Health Policy 2007; 80 (1): 51-68.
- [3] Mastilica M., Bozиков J. Out-of-pocket Payments for Health Care in Croatia: Implications for Equity, Croatian Medical Journal 1999; 40 (2): 152-159.
- [4] Wagstaff A., Van Doorslaer E., Van der Burg, H., ve ark. Equity in the finance of health care: some further international comparisons, Journal of Health Economics 1999; 18 (3): 263-290.
- [5] Mossialos E., Dixon A. Funding Health Care in Europe: the Options. In: Mossialos E., Dixon, A., Figueras J., eds. Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham & Philadelphia: Open University Pres, 2002: 272-301
- [6] Wagstaff A., Van Doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery. In: Culyer, A.J., Newhouse, J.P. eds. North Holland Handbook of Health Economics. North Holland. 2000: 1803-1863.
- [7] WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO, Geneva. 2000.
- [8] WHO. Report of the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment. WHO, Geneva. 2001.
- [9] Liaropoulos L., Tragakes E. Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity. Health Policy. 1998; 43 (1): 153-169.
- [10] Mollahaliloğlu SÜ, Yardım N., Özbay H. Ve ark. Türkiye’de Sağlığa Bakış. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü Ankara. 2007:188.
- [11] Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. 2004. Ankara, İ. Aygün Ofset.
- [12] Tokat M. Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. 1998.
- [13] Tokat M. Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. 2001.
- [14] Tokat M. Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. 2001.
- [15] (<http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/istatistik2006>, 03.02.2008).
- [16] “5222 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” T.C. Resmi Gazete 25529, 21 Temmuz 2004.
- [17] “5535 Sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” T.C. Resmi Gazete 25798, 27 Nisan 2005.
- [18] “5072 Sayılı Dernek ve Vakıfların Kamu Kurum ve Kuruluşları ile İlişkilerine Dair Kanun” T.C. Resmi Gazete 25361, 29 Ocak 2004.
- [19] Başara B.B. Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara. 2007.

- [20] Liu Y., Çelik Y., Şahin B. Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları. Sağlıkta Umut Vakfı, Ankara. SUVAK, Ankara. (www.suvak.org.tr). 2005.
- [21] Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003. 2006. Ankara.
- [22] Tatar M., Özgen H., Şahin B., ve ark. Formal and informal household spending on health: a case study from Turkey, *Health Affairs*. 2007; 26 (4): 1029-1039.
- [23] Liu GG., Zhao Z. Urban employee health insurance reform and the impact on out-of-pocket payment in China, *International Journal of Health Planning and Management*. 2006; 21 (3): 211-228.
- [24] Roy K., Howard DH. Equity in out-of-pocket payments for hospital care: Evidence from India, *Health Policy*. 2007; 80 (2): 297-307.
- [25] Thuan NBT., Lofgren C., Chuc NKT., ve ark. Household out-of-pocket payments for illness: Evidence from Vietnam, *BMC Public Health*. 2006; 6: 283.
- [26] Garg CC., Karan AK. Health and Millennium Development Goal 1: Reducing out-of-pocket expenditures to reduce income poverty: Evidence from India. 2005. EQUITAP Project: Working Paper #15.
- [27] Galbraith AA., Wong ST., Kim SE., ve ark. Out-of-pocket financial burden for low-income families with children: Socioeconomic Disparities and effects of insurance, *Health Services Research*. 2005; 40 (6): 1722–1736.
- [28] Hopkins S., Cumming J. The impact of changes in private health expenditure on New Zealand households, *Health Policy*. 2001; 58 (3): 215–229.
- [29] Pannarunothai S., Mills, A The poor pay more: health related inequality in Thailand, *Social Science and Medicine*. 1997; 44 (12): 1781-1790.
- [30] O’Donnell O., Van Doorslaer E., Wagstaff A., ve ark. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation, Washington, DC, USA: The World Bank. 2008.
- [31] (<http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi>, 01.05.2008).
- [32] Fiedler J., Suazo, J. Ministry of Health user fees, equity and decentralization: lessons from Honduras, *Health Policy and Planning*. 2002; 17 (4): 362-377.
- [33] Guendelman S., Pearl M. Children's ability to access and use health care, *Health Affairs*. 2004; 23 (2): 235–44.
- [34] Chu TB., Liu TC., Chen CS. ve ark. Household out-of-pocket medical expenditures and national health insurance in Taiwan: income and regional inequality, *BMC Health Services Research*. 2005; 5 (60) Elektronik Sürüm (www.biomedcentral.com) (01.01.2008).
- [35] Gotsadze G., Bennett S., Ranson K. ve ark. Health care seeking behavior and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia: Household survey findings, *Health Policy and Planning*. 2005; 20 (4): 232-242.
- [36] McIntyre D., Thiede M., Dahlgren G. ve ark. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine*. 2006; 62 (4): 858-865.
- [37] Rice T. Can markets give us the health system we want?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1997; 22 (2): 383–426.
- [38] Whitehead M., Dahlgren G., Evans T. Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap?, *The Lancet*. 2001; 358: 833–836.

- [39] Yu CP., David WK., Sach T. Assessing progressivity of out-of-pocket payment: with illustration to Malaysia, *International Journal of Health Planning and Management*. 2006; 21 (3): 193-210.
- [40] Özgen H., Şahin B, Belli P., ve ark. Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey, *Journal of Medical Systems* 2008.
- [41] Chiu YC., Smith KC., Morlock L. ve ark. Gifts, bribes and solicitations: Print media and the social construction of informal payments to doctors in Taiwan, *Social Science and Medicine*. 2007; 64 (3): 521-530.
- [42] Bennett S. Creese A., Monasch R. Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment. 1998. Geneva. World Health Organization.
- [43] “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası” T.C. Resmi Gazete 26200, 31 Mayıs 2006.
- [44] Gross DJ., Alexih L., Gibson MJ., ve ark. Out-of-pocket health spending by poor and near-poor elderly Medicare beneficiaries, *Health Services Research*. 1999; 34 (1): 241-254.
- [45] Himmelstein DU., Warren E., Thorne D., ve ark. Illness and injury as contributors to bankruptcy, *Health Affairs*. 2005; 5-63– W5-73.

ANKARA'DA BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN YÖNETİCİLERİN STRATEJİK DÜŞÜNME VE KARAR VERME BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgür UĞURLUOĞLU*, Elife DEMİRKASIMOĞLU**

*Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara, ougurlu@hacettepe.edu.tr

**Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

ÖZET

Stratejik yönetim, tüm dünyada yaşanan hızlı gelişim ve değişim süreci sonucu tüm organizasyonlar tarafından yakından takip edilen ve önem verilen bir kavram haline gelmiştir. Sağlık sektörü ve özellikle de sağlık kurumları ayakta kalabilmek ve kendilerini geleceğe hazırlayabilmek için stratejik yönetim faaliyetlerine ihtiyaç duymaktadırlar ve bu da stratejik düşünebilen ve stratejik planlama faaliyetlerini yürütebilecek kapasitede olan sağlık kurumu yöneticilerine olan ihtiyacı gündeme getirmektedir. Çünkü stratejik yönetim ve planlama faaliyetleri özellikle üst düzey yöneticilerin bir fonksiyonu olarak görülmektedir. Bu araştırma Ankara'daki bir kamu hastanesinde çalışan hastane yöneticilerinin stratejik düşünme ve karar verme becerilerini değerlendirmek ve beceri düzeylerini etkileyen faktörleri ortaya koymak üzere yapılmıştır. Araştırmaya katılan yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme becerilerini etkileyen en önemli değişken olarak, yönetici olarak çalışma süreleri bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Stratejik düşünme, stratejik karar verme, stratejik yönetim

ASSESSMENT OF STRATEGIC THINKING AND DECISION MAKING SKILLS OF MANAGERS WORKING AT A PUBLIC HOSPITAL IN ANKARA

ABSTRACT

Strategic management has become a concept being pursued and taken into notice by organizations because of rapid development and change. Health sector, especially the health institutions need strategic management activities in order to succeed in and to get ready for the future and this brings up the need for health institutions' managers who are able to think strategically and be

able to conduct strategic planning activities. Strategic management and planning activities are seen as functions of high level managers. This study has been conducted to assess strategic thinking and decision making skills of managers working at a public hospital in Ankara and to determine factors affecting skill levels. The most important variable affecting strategic thinking and decision making skills of managers who have agreed to participate in the research has been reported as the length of time working as a manager.

Keywords: Strategic thinking, strategic decision making, strategic management

GİRİŞ

Tüm dünyada küreselleşme, hızlı teknolojik değişim, yeni oluşan pazarlar, müşteri beklentilerinin değişmesi gibi nedenler sonucu ortaya çıkan ve her geçen gün giderek artan ezici rekabet karşısında, örgütler daha stratejik düşünmek, stratejik planlamaya ve stratejik karar almaya eskisinden daha fazla önem vermek zorunda kalmışlardır. 1980'li yıllar öncesinde stratejik yönetim daha ziyade özel sektör alanında çok uluslu şirketler ve büyük holdingler tarafından bilinir ve uygulanırken, bugün çok sayıda örgüt stratejik yönetimi bir araç olarak kullanmaktadır [1]. Günümüzde özellikle kamu örgütlerinde temel amaç, topluma en iyi hizmeti, en verimli ve etkin şekilde sunacak strateji ve yöntemlerin geliştirilmesi ve böylece hedef ve amaçlara ulaşılmasıdır. Bu da ancak çok hızlı değişen dünyada bu değişimlere karşı kamu örgütlerinin ayak uydurabilmesi için uzun dönemli vizyona sahip olmaları ve bu uzun dönemli perspektif ile gerekli stratejilerin

belirlenerek uygulamaya konmasıyla mümkündür. Stratejisi olmayan bir örgüt önünü göremeyen ve yönü olmayan örgüttür [2].

Kamu sektöründe yönetim anlayışına yeni yaklaşımlar, kamu idareleri için günümüzde zorunlu bir hale gelmiştir. Piyasa dinamikleri, küresel ekonominin ortaya çıkması, teknolojiye ilerlemeler, artan toplumsal talepler ve daha az kaynakla daha fazla sosyal hizmet sağlama gerekliliği kamu kurumları için güçlükler yaratmaktadır [3]. Kamu sektöründeki son yıllardaki stratejik konulara bakıldığında, kamu ile ilgili beklentilerin hızla değiştiği, halkın ihtiyaçlarına daha duyarlı olma ve kamu hizmetlerinin daha fazla müşteri yönelimli olma zorunluluğunun ortada olduğu, kamu kurumlarının halka karşı yabancılaştığı ve alınan kararlarda halkın fikirlerinin ve beklentilerinin bir etkisinin olmadığı görülmektedir. Diğer yandan, kamu hizmetlerine olan talebin çok fazla artması sonucu, kaynak sıkıntısı yaşanması, kamu hizmetlerinin karşılamak zorunda olduğu ihtiyaçların giderek karmaşıklaşması, sınırlı kaynaklarla öncelik verilecek alanların tespit edilmesinin gerekliliği, birçok alanda kamu hizmetlerinin yeterince iyi olmaması, kamu hizmetlerinin değişime yeterince hızlı cevap verememesi ve halkın değişim baskısı vb. güçlükler de sayılabilir [4]. Bu gibi güçlüklerle başa çıkabilmek için kamu örgütlerinin tıpkı özel sektörde olduğu gibi, etkili cevap mekanizmalarına ihtiyaçları vardır.

Etkili bir kamu yönetimi gerçekleştirmekte son derece göze çarpan çağdaş bir model, stratejik yönetimdir [5]. Stratejik yönetim stratejik planlamayı da kapsayan, örgütün yönünü belirlemeyi ve örgüt stratejilerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesini amaçlayan bir süreç olarak görülebilir [6].

Stratejik yönetim, örgütün genelde günlük ve olağan işlerinin yönetiminden farklı olarak, örgütün uzun dönemde yaşamını sürdürebilmesini mümkün kılacak, ona rekabet üstünlüğü ve ortalama kâr üzerinde getiri sağlayabilecek işlerin yönetimiyle ilgilidir. Dolayısıyla stratejik yönetim ‘örgütün uzun dönemde yaşamını devam ettirebilmek, ona sürdürülebilir rekabet üstünlüğü ve dolayısı ile

ortalama kâr üzerinde getiri sağlayabilmek amacıyla, eldeki üretim kaynaklarının (doğal kaynaklar, insan kaynakları, sermaye, altyapı, hammadde, v.s.) etkili ve verimli olarak kullanılması’ olarak tanımlanabilir [7].

Stratejik yönetimin önemli bir unsuru stratejik planlamadır. Bu iki kavram sıklıkla birbirini ile karıştırılmasına karşın, stratejik yönetimin daha kapsayıcı bir yaklaşım olduğu kabul edilmektedir. Stratejik yönetim, stratejik planlamanın yanı sıra onun ele almadığı örgüt içi ve diğer unsurları da ilgi alanına dahil etmiştir. Böylece stratejik planlama unsurları yanında örgütün yönetim tarzı, yapısı, kültürü, davranışsal unsurları, uygulama ve kontrol işlevleri de stratejik yönetimin kapsamı içine girmiştir. Stratejik yönetim örgütün çevresiyle ilişkisinin ötesinde, geleceği yaratmak için örgütün tüm işlevlerinin ve unsurlarının bütüncül bir yaklaşımla, uzun dönemde yönetimi olarak yeni bir anlam ifade etmiştir [7,8].

Stratejik yönetimin, stratejik planlama dışındaki diğer önemli bir bileşeni de, stratejik düşünmedir. Stratejik düşünmenin amacı, yeni ve yaratıcı stratejileri keşfetmek ve potansiyel geleceği bugünden önemli ölçüde farklılaştıracak vizyonlar geliştirmek olarak gösterilmektedir. Stratejik düşünme, stratejik yönetim disiplininin önemli ve gerekli bir parçasıdır. Bir yöneticinin çalıştığı çevrenin özelliklerini algılayabilmesi ve çalıştığı örgüte etki eden dış değişkenler üzerinde düşünebilmesi için, ilk önce stratejik düşünme kapasitesini geliştirmesi gerekmektedir. Stratejik düşünme kavramı, stratejik yönetim ve stratejik karar verme süreci ve sonuçlarını daha kolay anlayabilmeye imkân sağlayan bileşenleri içerir. Bu sebeple stratejik düşünmenin bileşenleri ortaya koyulmalı ve yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme yetenekleri de mutlaka ölçülmeli ve geliştirilmelidir [9,10].

I. STRATEJİK YÖNETİMİN ÖNEMLİ BİR BİLEŞENİ: STRATEJİK DÜŞÜNME

Mintzberg’e [11] göre strateji, birtakım işlemlerden daha fazlasını ifade etmektedir ve gerçekte önemli olan strateji sayesinde düşünmek ve strateji sayesinde kavramaktır.

Bu tip bir stratejik düşünmenin açılımı olarak da, “doğru şeyleri yapma” (doing right things) “bir şeyleri doğru yapma”dan (doing things right) daha önemli olacaktır. Mintzberg [12] stratejik düşünmeyi, sezgi ve yaratıcılığı içeren bir sentez süreci olarak görmektedir. Stratejik düşünmenin çıktısı, işletmeye bütüncül bir perspektiften bakabilmektir. Stratejik düşünmeye, adına “stratejik mimari” diyerek ve aynı yaratıcı süreçleri kapsayarak yaklaşanlar [13] olduğu gibi, stratejik düşünmenin o kadar da yaratıcı olmadığını ve hatta stratejik düşünmenin analitik bir yapı içerisinde oluşabileceğini iddia eden yazarlar da [14,15] bulunmaktadır.

Stratejik düşünme kavramının ne olduğu üzerinde bir fikir birliği olmamasına karşın, genel kanı stratejik yönetimin önemli bir bileşeni olduğu yönündedir [16, 17]. Sıklıkla stratejik yönetim ve stratejik planlama kavramları ile birbirleri yerine kullanılmakta, fakat aslında strateji hakkındaki tüm düşünme biçimlerini ifade etmektedir [18].

Stratejik düşünmeye genel olarak esneklik ve yaratıcılığı içeren zihinsel bir disiplin olarak bakılabilir. Stratejik düşünme geleceği tasarlama, olasılıkları görme, yaratma ve daha uygun bir yön seçimine odaklanma becerilerini gerektirmektedir. Bir başka açıdan, stratejik olarak düşünebilmek, birbiri ile ilgili çeşitli olay ve akımların belirli bir örgütü nasıl etkilediğini anlayabilmek kadar, görünüşte ilişkisiz olan olay ya da durumlar arasındaki bağlantıları bulmayı da kapsamaktadır. Kısaca, alışılmadık dışı ve geleceği düşünmenin bir yoludur [19]. Stratejik düşünürler geçmişten yararlanırlar, bugünü anırlar ve daha iyi bir gelecek tasarlarlar. Stratejik düşünme, değişikliği kabul etme, değişimin nedenlerini ve sonuçlarını analiz etme ve değişikliklerden faydalanmak için bir örgütün geleceğine yön verme çabalarını içeren bir zihinsel süreç ya da düşünme yöntemi gerektirir [20].

Literatürde stratejik düşünmenin bileşenleri ve stratejik düşünen bir yöneticinin sahip olması gereken özelliklere dair farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Liedtka [18], stratejik düşünmeyi içerdiği beş bileşeni ile tanımlar: Sistem bakış açısı, niyet odaklılık, zeki fırsatçılık, zamanında düşünme, hipotez

oluşturma ve test etme. Liedtka'ya [18] göre, stratejik düşünme becerisini örgütün tümüne yerleştirmeyi başarabilen işletmeler, rekabetçi avantaj elde edebilmek için güçlü ve yeni bir kaynak yaratacaklardır. İşletmelerin bütüncül sistem perspektifi, süreçlerini daha etkili ve verimli olarak yeniden tasarlamalarına imkan verecektir. Niyet odaklı olmaları örgütü rakiplerine göre daha kararlı yapacak, zamanında düşünme becerileri verdikleri kararların kalitesini ve uygulamaların hızını artıracaktır. Hipotez oluşturma ve test etme kapasitesi, süreçlerinin içerisine yaratıcılık ve eleştirel düşünmeyi dahil edecektir ve zeki fırsatçı olmaları yerel fırsatlara karşı daha duyarlı olmalarını sağlayacaktır. Bu elementlerin hepsinin bir araya gelmesi stratejik düşünceyi ortaya koyarak, örgütler için bazı önemli sonuçlara sebep olacaktır: (1) Tüketiciler için üstün değerler yaratacak, (2) rakipleri tarafından taklit edilmeleri güçleşecek ve (3) örgütü değişime daha uygun hale getirecektir.

Zabriskie ve Huellemantal'a [15] göre ise üst düzey bir yönetici, örgütünün nerede olmak istediğini gözünde canlandırabiliyorsa, yarının piyasalarında yarışabilmek için kaynaklarını yeniden konumlandırabiliyorsa, örgüte uygun alternatif stratejilerin risk, gelir ve maliyetlerini değerlendirebiliyorsa, stratejik planın cevaplandırması istenilen soruları düşünüp tanımlayabiliyorsa ve planlama adımları hakkında mantıksal ve sistematik düşünebiliyorsa “stratejik düşünebiliyor” demektir.

Stratejik düşünenler örgütler değil bireylerdir. Fakat stratejik düşünebilmek için bireyler birtakım destekleyici şartlara gereksinim duyarlar. Örgütlerin bu şartları sağlamaları ve örgüt içerisindeki stratejik diyalogları yönetmeleri gerekmektedir [18]. Stratejik düşünceyi bireysel ve örgütsel olmak üzere iki ayrı düzeyde inceleyen Bonn [17] bireysel düzeyde, yöneticilerin stratejik düşünebilmesi için, örgüt ve çevresini anlamada bütüncül bir bakış açısı geliştirmeleri, yaratıcı olmaları ve örgütün geleceği için vizyon geliştirmeleri gerektiğini ifade etmektedir. Örgütsel düzeyde ise, yöneticiler arasındaki stratejik diyalogları teşvik edecek ve örgütteki her bir çalışanın

yenilikçi fikir ve stratejiler geliştirmesine fırsat verecek süreç ve yapıların oluşturulması gerekmektedir.

Stratejik olarak düşünmek, karakteristik olarak CEO'lar, genel müdürler ve yardımcıları gibi üst düzey yöneticilerin iş tanımlarında yer almasına karşın, stratejik düşünme yalnızca üst düzey yöneticiler ile sınırlandırılmamalıdır. Her yönetici her gün stratejik düşünmeli ve çalışanlarını da aynı yapmaları için cesaretlendirmelidir [19]. Örgütteki herkesten stratejik düşünmeyi kullanmaları beklenmeli ve eğitim yoluyla bu donanımına sahip olmaları sağlanmalıdır. Stratejik düşünme becerisi eğitim yoluyla geliştirilebilir, fakat deneyim en iyi eğitimi sağlar. Stratejik düşünme uygulamalar yoluyla geçerlilik kazanıp artırılabilir [21]. Dolayısıyla stratejik düşünüp yönetebilen yöneticiler yetiştirebilmenin basit ve hızlıca gerçekleşmeyeceği ve bunun yıllar alabileceği de ortadadır.

Stratejik düşünmeye olan ihtiyaç, kâr amaçlı ya da kâr amaçsız örgütlerin var olan liderlik ihtiyacını dayanak noktası olarak başlamaktadır. Bu örgütler idare edilmelidir. Geleceğe sürüklenerek ilerlemelerine izin verilemez. Stratejik düşünme, bir organizasyonun geleceğini tanımlamakla başlar. Stratejik liderler nereye ve nasıl gitmek istediklerinin zihinsel tasarımı yapmaksızın örgütlerini akıllıca yönetemezler [15].

Sağlık hizmetleri liderleri, çevrelerinde oluşan her türlü değişiklikte başa çıkabilmek ve dış tehditlerden kaçınırken ortaya çıkan fırsatlardan yararlanmak için örgütlerini konumlandırmak zorundadırlar. Stratejik yöneticiler, eğer örgütlerini ayakta tutmak istiyorlarsa, bu değişiklikler üzerinde düşünebilecekleri bir çeşit zihinsel sürece ihtiyaçları olacaktır. Bu zihinsel süreç, stratejik düşünmedir. Eğer bir örgüt küçük değişikliklerin olduğu bir çevrede çalışıyorsa, liderlerin stratejik düşünceye çok az ihtiyacı olabilir. Fakat günümüzde başarılı şirketleri bile ortadan kaldırmış büyük değişiklikler yaşamamış çok az sayıda endüstri kalmıştır. Dünya değiştikçe başarının kuralları da değişmektedir. Geçmişte etkili olmuş eski model düşünme ve iş görme tarzını günümüzün aşırı rekabetçi sağlık sektöründe

sürdürmenin, istenilen sonuçları getirmesi neredeyse imkânsızdır [20]. Literatürde sağlık sektörü yöneticileri için de stratejik düşünmenin gelişiminin önemi vurgulanmakta ve sağlık kuruluşlarında stratejik düşünen ve stratejik kararlar verebilen yöneticilere olan ihtiyaç birçok araştırmacı tarafından ortaya koyulmaktadır [22, 23, 24].

Son dönemde ülkemizde kamu mali yönetiminin iyileştirilmesine yönelik çeşitli reform çalışmaları başlatılmıştır ve bunun bir parçası olarak çıkarılan 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile stratejik planlama, kamu mali yönetimine etkinlik kazandırmak için temel araç olarak belirlenmiş ve kamu kurumları belirli bir geçiş takvimi ile stratejik planlarını hazırlamakla yükümlü tutulmuşlardır. Türkiye'de özellikle kamu sektöründe stratejik plan ve stratejik yönetim tartışmalarının gündeme gelmesi, ilk olarak stratejik düşünce ve stratejik karar verme tartışmalarının yapılmasını gerekli kılmaktadır. Stratejik yönetim ve planlama faaliyetleri özellikle yöneticilerin bir fonksiyonu olarak görülmektedir ve bu da sağlık sektörü açısından düşünüldüğünde, stratejik düşünüp karar verebilen ve stratejik planlama faaliyetlerini yürütebilecek kapasitede olan sağlık kurumları yöneticilerine olan ihtiyacı gündeme getirmektedir. Bu araştırma, Ankara'daki bir kamu hastanesinde çalışan hastane yöneticilerinin stratejik düşünme ve karar verme becerilerini değerlendirmek ve beceri düzeylerini etkileyen faktörleri ortaya koymak üzere gerçekleştirilmiştir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın evrenini Ankara'daki bir kamu hastanesinde çalışan 88 yönetici oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemi kullanılmamış ve veri toplama aracı olarak kullanılan anket, 88 yöneticiye dağıtılmış ve 52 yöneticiden (%59) yanıt alınmıştır. Anket kişisel ve sosyo-demografik bilgileri içeren sorular dışında, yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme becerilerini 25 soru ile ve dördümlü likert ölçeğinde ölçmektedir. Yöneticilerin 25 soruya vermiş oldukları cevaplara göre alabilecekleri puanlar minimum 25 ve maksimum 100 arasında değişmektedir. Buna göre, stratejik düşünme ve karar verme beceri puan ortalamaları 76-

100 arasında olanlar stratejik düşünme ve karar verme becerileri oldukça iyi olanlar; 51-75 arasında olanlar bazı yönlerden geliştirilmeye ihtiyacı olanlar; 25-50 arasında olanlar ise stratejik düşünme ve karar verme becerileri düşük olan yöneticiler olarak değerlendirilecektir. Yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme becerilerini ölçmeyi amaçlayan 25 soru, yöneticilerin verdikleri kararlarda stratejik yönetim ve stratejik düşünme unsurlarına ne kadar önem verdiklerini belirlemeye yönelik “en iyi olası karara ulaşmak için, ekibimin farklı görüşlerini açıklamalarını teşvik ederim”, “karar verirken analitik yöntemlerle yaratıcı yaklaşımları bir arada kullanırım”, “karar vermeden önce benim ve başkalarının önemli değerlerini göz önünde bulundururum” gibi ifadeleri içermektedir. Araştırmada kullanılan anket Len Sperry (2003) tarafından geliştirilmiştir. Araştırmanın ilk yazarı tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olan bu anketin güvenilirliği cronbach alpha katsayısı ile test edilmiş ve 0,86 katsayısına ulaşmıştır.

Yöneticilerin bireysel ve sosyo-demografik özelliklerinin stratejik düşünme ve

karar verme becerilerini etkileyip etkilemediğini ortaya koymak amacıyla, Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 13.0 kullanılarak gerçekleştirilmiş ve tüm istatistiksel testlerde alfa düzeyi 0,05 ve 0,10 olarak alınmıştır.

III. BULGULAR

Araştırmaya katılan yöneticilere ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 1'de yer almaktadır. Hastane yöneticilerinin %55,8'ini klinik şefleri, %23,1'ini başhekim ve yardımcıları ve %21,1'ini de müdür ve yardımcıları oluşturmaktadır. Yöneticilerin %11,5'ini kadınlar oluştururken, %88,5'ini erkekler oluşturmaktadır. Yöneticilerin yaş ortalaması 47,5'dir ve yöneticilerin %55,8'i 48 yaş ve altında iken, %44,2'isi 49 yaş ve üzerindedir. Toplam çalışma sürelerine bakıldığında ise, yöneticilerin yarısının 26 yıl üzerinde bir deneyime sahip oldukları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan yöneticilerin %69,2'si 12 yıl ve altında ve %30,8'i de 13 yıl ve üzerinde yönetici olarak çalışma tecrübesine sahiptir.

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Yöneticilere İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

	N	%
Görevi		
Başhekim ve Yardımcıları	12	23,1
Müdür ve Yardımcıları	11	21,1
Klinik Şefleri	29	55,8
Lisansüstü eğitim		
Yok	46	88,5
Yüksek Lisans	6	11,5
Toplam Çalışma Süresi		
23 yıl ve altı	26	50
24 yıl ve üstü	26	50
Yönetici Olarak Çalışma Süresi		
12 yıl ve altı	36	69,2
13 yıl ve üstü	16	30,8
Yaş		
48 yıl ve altı	29	55,8
49 yıl ve üstü	23	44,2
Cinsiyet		
Kadın	6	11,5
Erkek	46	88,5
Toplam	52	100

Araştırmaya katılan yöneticilerin hastanedeki görevlerine göre, stratejik düşünme ve karar verme beceri skorları Tablo 2'de yer almaktadır. İstatistiksel olarak önemli

olmamasına karşın, hekim kökenli yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme beceri skorları (başhekim ve yardımcıları 80,1 ve klinik yöneticileri 80,4) müdür ve yardımcılarının skorlarından (78,0) daha

yüksektir. Araştırmaya katılan yöneticilerinin yaklaşık %56'sını oluşturan klinik yöneticilerinin stratejik düşünme ve karar

verme becerileri en yüksek ortalamaya (80,4) sahiptir.

Tablo 2: Yöneticilerin görevlerine göre stratejik düşünme ve karar verme beceri puan ortalamaları

Görev	N	%	Ortalama	Standart Sapma	Kruskal Wallis (x ²)	p
Başhekim ve Yardımcıları	12	23,1	80,1	9,6	0,730	0,69
Müdür ve Yardımcıları	11	21,2	78,0	8,3		
Klinik Şefleri	29	55,8	80,4	7,5		

Tablo 3: Yöneticilerin lisansüstü eğitim durumlarına göre stratejik düşünme ve karar verme beceri puan ortalamaları

Lisansüstü Eğitim	N	%	Ortalama	Standart Sapma	Z	p
Yok	46	88,5	79,3	7,9	-1,334	0,18
Yüksek Lisans	6	11,5	84,0	9,1		

Araştırmaya katılan yöneticilerin lisansüstü eğitim durumlarına göre, stratejik düşünme ve karar verme becerileri skorları Tablo 3'de yer almaktadır. Aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmamasına

karşın, yüksek lisans yapan yöneticilerinin stratejik düşünme ve karar verme beceri skorları (84,0) yapmayan yöneticilere (79,3) göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4: Yöneticilerin toplam çalışma sürelerine göre stratejik düşünme ve karar verme beceri puan ortalamaları

Toplam Çalışma Süresi (yıl)	N	%	Ortalama	Standart Sapma	Z	p
≤23	26	50	78,0	8,0	-1,512	0,13
24≤	26	50	81,6	7,8		

Tablo 5: Yöneticilerin yönetici olarak çalışma sürelerine göre stratejik düşünme ve karar verme beceri puan ortalamaları

Yönetici Olarak Çalışma Süresi (yıl)	N	%	Ortalama	Standart Sapma	Z	p
≤12	36	69,2	77,6	7,2	-2,770	0,006*
13≤	16	30,8	84,8	8,0		

* p<0,05

Araştırmaya katılan yöneticilerin toplam çalışma süreleri ile stratejik düşünme ve karar verme becerileri arasındaki ilişki Tablo 4'de incelenmiştir. Araştırmaya katılan yöneticilerin ortalama çalışma süresi 22,8 yıldır. 23 yıldan fazla çalışan yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme beceri skorları (81,6), 23 yıl ve

daha az bir çalışma tecrübesine sahip yöneticilerin beceri skorlarından (78,0) daha yüksektir. Fakat iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Araştırmaya katılan yöneticilerin yönetici olarak çalışma süreleri ile stratejik düşünme ve karar verme becerileri arasındaki ilişki incelenmiş (Tablo 5) ve istatistiksel olarak

anlamli bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, 12 yıldan fazla bir yöneticilik deneyimi olan yöneticilerin (84,8) stratejik düşünme ve karar verme beceri skorlarının, 12 yıl ve altında bir yöneticilik deneyimine sahip yöneticilerden (77,6) daha yüksek olduğu söylenebilir. Yöneticilik deneyiminin artması, yöneticilerin daha stratejik düşünebilmelerine olanak tanımaktadır.

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin yaşlarına göre stratejik düşünme ve karar verme becerileri Tablo 6'da incelenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,10$). 49 yaş ve üstündeki yöneticilerin (82,2), 48 yaş altındaki yöneticilere (77,9) göre daha yüksek bir stratejik düşünme ve karar verme beceri puanına sahip oldukları bulunmuştur.

Tablo 6: Yöneticilerin yaşlarına göre stratejik düşünme ve karar verme beceri puan ortalamaları

Yaş	N	%	Ortalama	Standart Sapma	Z	p
≤48	29	55,8	77,9	8,3	-1,882	0,06*
49≤	23	44,2	82,2	7,3		

* $p<0,10$

Tablo 7: Yöneticilerin cinsiyetlerine göre stratejik düşünme ve karar verme beceri puan ortalamaları

Cinsiyet	N	%	Ortalama	Standart Sapma	Z	p
Kadın	6	11,5	81,8	8,8	-,688	0,49
Erkek	46	88,5	79,5	8,0		

Araştırmaya katılan yöneticilerin cinsiyetlerine göre stratejik düşünme ve karar verme becerileri skorları Tablo 7'de yer almaktadır. İstatistiksel olarak önemli olmamasına karşın, kadın yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme beceri skorlarının (81,8) erkek yöneticilere göre (79,5) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

IV. SONUÇ

Bu araştırma, Ankara'daki bir kamu hastanesinde çalışan yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme becerilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme becerilerini, bireysel ve sosyo-demografik özelliklerinin nasıl etkileyeceği incelenmiştir. Yöneticilerin bireysel özellikleri açısından stratejik düşünme ve karar verme becerilerine bakıldığında, klinik yöneticilerinin diğer görev gruplarına göre, yüksek lisans yapan yöneticilerin yapmayan yöneticilere göre, kadın yöneticilerin erkek yöneticilere göre, toplam çalışma süresi fazla olan yöneticilerin daha az olan yöneticilere göre, stratejik düşünme ve karar verme beceri

skorları daha yüksek çıkmış, fakat gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bununla birlikte yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme beceri skorlarının yaş grupları arasında istatistiksel olarak farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre 49 yaş ve üzerindeki yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme beceri skorları (82,2), 48 yaş ve altındaki yöneticilere (77,9) göre daha yüksektir. Özellikle yönetim literatürüne bakıldığında yöneticilerin bireysel özelliklerinin (yaş ve eğitim geçmişi gibi) verdikleri stratejik karar ve tercihleri etkilediğini ortaya koyan çok sayıda önemli çalışma bulunmaktadır. Örneğin, Hambrick ve Mason [25] yöneticilerin yaş ve eğitim geçmişi gibi bazı özelliklerinin verdikleri stratejik kararları etkilediğini ortaya koymuşlardır. Hitt ve Barr [26] da yöneticilerin aldıkları eğitimin farklı yönetsel kararlar doğurduğunu ifade etmektedirler. Bu araştırmada eğitim durumu, yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme becerilerini etkileyen önemli bir faktör olarak bulunmamıştır. Hekim kökenli yöneticiler ile yönetim eğitimi almış yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme beceri skorları birbirlerine oldukça yakındır. Benzer bir sonuç

Shultz [23]'un hastane yöneticileri üzerinde yürüttüğü bir araştırmada da görülmüş ve yöneticilerin eğitim geçmişleri ve stratejik karar ve becerileri arasında anlamlı bir ilişkiye ulaşılamamıştır. Pisapia ve diğerleri [27] de eğitim sektörü yöneticilerinin eğitim ve cinsiyet gibi bireysel özelliklerinin stratejik düşünme becerileri üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığını gösteren sonuçlara ulaşmışlardır.

Bireysel özellikler içerisinde, yöneticilerin yönetici olarak çalışma süreleri, stratejik düşünme ve karar verme becerilerini etkileyen önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Buna göre 12 yıldan fazla yöneticilik tecrübesi olan yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme beceri skorlarının (84,8), 12 yıldan az tecrübesi olan yöneticilere (77,6) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yöneticilik deneyimi ile stratejik düşünme ve karar verme becerisi arasındaki ilişkiyi gösteren bu bulgu oldukça anlamlıdır. Yöneticilik deneyimi yüksek olan bir yöneticinin stratejik düşünmenin bileşenlerini yerine getirmesi ve stratejik kararlar alması daha olasıdır. Yöneticilik deneyimi, yöneticileri daha başarılı stratejik kararlara götürecektir düşünsel bir çerçeve sağlayabilir. Deneyimli yöneticiler daha önceden verdikleri stratejik kararların sonuçlarını görme şansına sahip oldukları için, bu tecrübelerini gelecekteki yeni kararlarına yansıtabilirler. Literatür bölümünde de değinildiği gibi, stratejik düşünme becerisi

eğitim yoluyla geliştirilebilir, fakat deneyim en iyi eğitimi sağlar ve uygulamalar yoluyla da bu beceri artırılabilir.

Stratejik düşünme, stratejik yönetim sürecinin önemli bir parçasıdır. Kamu yöneticilerinin stratejik planlama faaliyetlerini yürütebilmeleri için stratejik düşünme ve karar verme becerilerine sahip olmaları gerekmektedir. Çünkü stratejilerin oluşturulması yalnızca bir planlama faaliyeti değil, düşünme ve yaratma sürecinin bir sonucudur. Bu araştırmada yöneticilerin stratejik düşünme ve karar verme becerisi üzerinde özellikle “yöneticilik deneyiminin” ve “yaş”ın önemli bir etkiye sahip olabileceği bulunmuştur. Bu da stratejik yönetim çalışmaları içerisinde deneyimli personelin varlığının, yaratıcı stratejilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırabileceği ve stratejik yönetime devinim kazandırabileceği şeklinde yorumlanabilir. Sağlık sektöründe ve özellikle kamu yönetiminde yaşanan değişimler, stratejik yönetimin, düşünme ve karar vermenin öneminin giderek artmasına sebep olmakta ve bu önemli konularda daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Sonraki araştırmalar, stratejik düşünmeyi ve karar vermeyi etkileyecek bireysel özelliklerin yanında, yöneticinin çalıştığı çevredeki rekabet durumu, örgüt türü, örgüt büyüklüğü gibi örgütsel karakteristikler üzerinde de çalışabilir.

KAYNAKÇA

- [1] Aktan, C.C. (1998). Geleceği Kazanmanın Yolu: Stratejik Yönetim, Yeni Türkiye Dergisi, Ocak-Şubat, 335-342.
- [2] Güçlü, N. (2003). Stratejik Yönetim, G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 23, Sayı 2, 61-85.
- [3] McInerney, R. ve Barrows, D. (2002). Management Tools For Creating Government Responsiveness: The Liquor Control Board of Ontario as a Context for Creating Change. Erişim: 20.02.2008, <http://innovation.cc/case-studies/barrows-ed.pdf>
- [4] oyce, P. (1998). Management and Innovation in The Public Services. Strategic Change, 7, 19-30.
- [5] Stevens, J. (1992). Strategic Public Administration. Public Administration Review, March/April, 52(2), 204-207.
- [6] Poister, T.H. ve Streib, G. (2005). Elements of Strategic Planning and Management in Municipal Government: Status after Two Decades. Public Administration Review, Jan/Feb, 65(1), 45-56.

- [7] Ülgen, H., Mirze, S.K. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim, İstanbul: Literatür Yayınları No: 113.
- [8] Yüzbaşıoğlu, N. (2004). 2000'li Yıllarda Strateji ve Planlama, Konya: Çizgi Kitabevi.
- [9] Goldman, E.F. (2005). Becoming Strategic Thinker: The Learning Journey of Healthcare CEOs, Dissertation Abstracts International, (UMI No. 3181551).
- [10] Pellegrino, K.C. (1996). Strategic Thinking Ability: Cognitive and Personality Effects, Dissertation Abstracts International, (UMI No. 9627285).
- [11] Mintzberg, H. (1987). The Strategy Concept II: Another Look at Why Organizations Need Strategies. *California Management Review*, Fall, 25-32.
- [12] Mintzberg, H. (1994). The Fall and Rise of Strategic Planning. *Harvard Business Review*, Jan/Feb, 107-114.
- [13] Hamel, G. ve Prahalad, C.K. (1996). Geleceği Kazanmak (Zülfü Dicleli, Çev.). İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- [14] Porter, M. E. (2003). How Competitive Forces Shape Strategy. Reflecting on The Strategy Process. Mintzberg, H., Lampel, J., Quinn, J.B. ve Ghoshal, S. (ed.). *The Strategy Process: Concept, Contexts, Cases* (94-102). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- [15] Zabriskie, N.B., Huellmantel, A.B. (1991). Developing Strategic Thinking in Senior Management, *Long Range Planning*, Vol 24, No.6, pp. 25-32.
- [16] Heracleous, L. (1998). Strategic Thinking or Strategic Planning. *Long Range Planning*, 31 (3), 481-487.
- [17] Bonn, I. (2001). Developing Strategic Thinking as A Core Competency. *Management Decision*, 39 (1), p.63.
- [18] Liedtka, J.M. (1998). Strategic Thinking: Can it be Taught? *Long Range Planning*, 31 (1), 120-129.
- [19] Sperry, L., (2003). *Becoming Effective Health Care Manager: The Essential Skills of Leadership*, Health Professions Pres, Baltimore.
- [20] Swayne, L.E., Duncan W.J. ve Ginter, P.M. (2006). *Strategic Management of Health Care Organizations* (5. bs.). Cornwall: Blackwell Publishing.
- [21] Beckham, J.D. (1991). Strategic Thinking and the Road to Relevance. *Healthcare Forum Journal*, Nov./Dec., 37-47.
- [22] Hartman, S.J., Crow, S.M. (2002) Executive Development in Healthcare During Times of Turbulence, *Journal of Management in Medicine*, 16 (5), pp.359-370.
- [23] Shultz, F.C. (2004). Who Should Lead a Healthcare Organization: MDs or MBAs?, *Journal of Healthcare Management*, Mar/Apr, 49(2), pp.103-117.
- [24] Parayitam, S., Phelps, L.D., Olson, B.J. (2007). Strategic Decision-Making in the Healthcare Industry: The Effect of Physician Executives on Decision Outcomes, *Management Research News*, Vol 30, No 4, pp.283-301.
- [25] Hambrick, D.C., Mason, P.A. (1984). Upper Echelons: The Organization as a Reflection of its Top Managers, *Academy of Management Review*, 9(2), 193-206.
- [26] Hitt, M.A., Barr, S.H. (1989). Managerial Selection Decision Models: Examination of Configural Cue Processing, *Journal of Applied Psychology*, 74, pp.53-61.
- [27] Pisapia, J., Guerra D.R., Yasin, M. (2006). Strategic Thinking and Leader Success. Annual Meeting of the International Conference on Advances in Management, Lisbon, Portugal, July.

YAZARLARIN BİLGİSİNE

Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun yayın organı olup yılda iki kez, Türkçe ve İngilizce çalışmalar yayınlanmaktadır. Yazıların editörler ve yayın kurulunun onayından geçmesi gerekmektedir. Yayınlar en az iki hakem tarafından değerlendirilecektir. Gönderilecek yazıların yayına kabulü için daha önce bir bilimsel yayın organında basılmış veya basılmak üzere gönderilmemiş olması gerekmektedir. Yazının özet veya sözel bildiri şeklinde daha önce sunulmuş ise bu durumun ayrıca belirtilmesi gerekmektedir. Dergide yayınlanmak üzere orijinal çalışma, derleme, çeviri, vaka takdimi, editöre mektup, sağlık alanıyla ilgili mülakat ve alandan haber ve duyurular gönderilebilmektedir. Yazıların etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

İzin Belgesi

Gönderilen yazılara tüm yazarların yayın için onaylarını gösterir imzalı belgenin eklenmesi gerekir. Yazarlar Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisinde yayınlanacak yazının başka bir dergide değerlendirmede olmadığını ve daha önce yayınlanmadığını garanti etmelidirler.

Telif Hakkı

Dergimizde yayınlanan yazıların tüm telif hakları Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na aittir.

Yazışma Adresi:

Editör: Suna (TOKGÖZ) YILMAZ (tokgoz@medicine.ankara.edu.tr)
Editör Yardımcıları: Bahadır BOYACIOĞLU (bahadir.boyacioglu@science.ankara.edu.tr)
Perihan ŞENEL TEKİN (perihansenel@yahoo.com)
Adresi: Fatih Cad. 197/A Gazino-Keçiören 06290 Ankara/TÜRKİYE
Tel: (+90) 312 357 32 42
Fax : (+90) 312 380 48 68

Not: Yazım formatı diğer sayfadadır.

BAŞLIK
YAZI TİPİ: TIMES NEW ROMAN, 14 PUNTO, KOYU, BÜYÜK HARF

A.B. YAZAR^a, B.C. YAZAR^b ve C.D. YAZAR^c (12 PUNTO, İTALİK, BÜYÜK HARF)

^aKurum, Şehir, Ülke, e-mail adresi (12 punto, italik)

^bDiğer kurum, Şehir, Ülke, e-mail adresi (12 punto, italik)

^cDiğer kurum, Şehir, Ülke, e-mail adresi (12 punto, italik)

ÖZET (10 PUNTO, BÜYÜK HARF)

Lütfen tam-metinlerinizi yollarken bu dosyanın bir kopyasını kullanınız. Tanımlanan yazı tipi sadece Times New Roman'dır, farklı bir yazı tipi kullanmayınız. Metinler, 200 kelimeyi geçmeyecek şekilde çalışmanızın anahtar kelimelerini ve sonucunu içerecek kısa bir özet ile başlamalıdır. Bu paragraf için yazı tipi Times New Roman ve karakter boyutu 10 punto, sol ve sağ satır başı boşlukları 1,5 cm. dir.

Anahtar Kelimeler: Anahtar kelime1, Anahtar kelime2 (Times New Roman, 10 punto, koyu, en fazla 5 anahtar kelime)

Giriş (12 punto, koyu)

Yollanacak tam-metinler Türkçe yada İngilizce olabilir. Tam metinler MS Word ile yazılmalıdır. Bu dosyanın sayfa ayarlarında değişiklik yapmayınız: sayfa boyutu DIN A4; bütün marjinler (üst, alt, sol ve sağ) 2,5 cm. dir.

Tam metniniz Özetden sonra aynı sayfadan itibaren Giriş ile devam etmelidir. Metnin tamamında kullanılacak yazı tipi Times New Roman'dır. Giriş de dâhil olmak üzere bütün ana bölümlerde karakter büyüklüğü 11 punto dur. Tek boşluk satır aralığı kullanınız. Metnin bu bölümlerinde yazı satırda iki yana yaslanmış olmalıdır.

Paragrafın ilk satırında satır başı boşluğu bırakmayınız. Her bir paragraf arasına bir boş satır bırakınız.

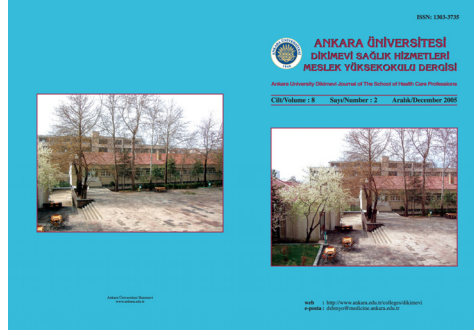
Giriş kısmından sonra, deneysel ya da teorik model, modelden çıkan sonuçlar, tartışma, sonuç, teşekkür ve referanslarla devam etmelidir.

Sayfa Numaralandırılması

Lütfen tam metninize alt orta sayfa numarası veriniz.

Tablolar ve şekiller

Tablolar ve siyah&beyaz yada renkli şekiller metnin içerisinde uygun yerde ve basım kalitesinde olmalıdır. Tablo ve Şekil açıklamaları *10 punto ve italik* olmak üzere tablo veya şeklin altında bulunmalıdır. Şekiller, resim dosyasından (.jpeg, .bmp ...) eklenebilir.



Şekil 1. Şekil 1 için açıklama.

Referanslar

Lütfen referanslarınızın ve varsa bu referanslara ait atıfların numaralarını köşeli parantez içerisinde yazınız [1]. Kaynaklar şu şekilde düzenlenmelidir:

Dergi: Yazar sayısı 3 ve daha azsa tüm yazarların adı yazılır, 3'den çoksa ilk 3 yazılır ve diğerleri ark. olarak belirtilir. Yazarların soyadı, isim baş harfleri, makale adı, derginin Index Medicus'a göre kısaltılmış adı veya tam başlığı, yıl, cilt, sayı ve sayfa.

[1] Board WJ, Street GM, Caspers C. A Comparison of transtibial amputee suction and vacuum socket conditions, *Prosthet Orthot Int.* 2001; 25 (3): 202-209.

Kitap: Yazarların soyadı, isim baş harfleri, kitabın adı, baskısı, basım yeri, basımevi, yıl, sayfa.

[1] Morrin JB, Davey V, Conally WB. *The Hand: Fundamentals of Therapy.* 2nd ed. Oxford, Butterworth-Heinemann, 1999:85-93.

Kitaptan Bölüm: Yazarların soyadı, isim baş harfleri, bölümün adı, yazarların adı, basım yeri, basımevi, yıl, sayfa.

[1] Berger N. Analysis of amputee gait. In: Bowker JH, Michael JW, eds. *Atlas of Limb Prosthetics: Surgical, Prosthetic and Rehabilitation Principles.* St Louis: Mosby Company, 1992: 371-379.

