

*Ekim 2024*

# SAĞLIK YÖNETİMİ

ALANINDA ULUSLARARASI ÇALIŞMA VE DEĞERLENDİRMELER

EDİTÖR

DOÇ. DR. GÜLCAN ŞANTAŞ

**Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • C. Cansın Selin Temana**

**Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design • Serüven Yayınevi**

**Birinci Basım / First Edition • © Ekim 2024**

**ISBN • 978-625-6172-37-1**

**© copyright**

Bu kitabın yayın hakkı Serüven Yayınevi'ne aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

The right to publish this book belongs to Serüven Publishing. Citation can not be shown without the source, reproduced in any way without permission.

**Serüven Yayınevi / Serüven Publishing**

**Türkiye Adres / Turkey Address:** Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

**Telefon / Phone:** 05437675765

**web:** www.serüvenyayınevi.com

**e-mail:** serüvenyayınevi@gmail.com

**Baskı & Cilt / Printing & Volume**

Sertifika / Certificate No: 47083

SAĞLIK YÖNETİMİ  
ALANINDA  
ULUSLARARASI  
AKADEMİK ÇALIŞMALAR

Ekim 2024

Editör

DOÇ. DR. GÜLCAN ŞANTAŞ



# İÇİNDEKİLER

## Bölüm 1

### SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE ASİMETRİK BİLGİ TEORİSİ VE MAKRO ÖLÇEKLİ YÖNETİM EKONOMİSİ

*Belma UZUN* ..... 1

## Bölüm 2

### COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE AİLE HEKİMLİĞİNDEN MEMNUNİYETE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA: KAHRAMANMARAŞ ÖRNEĞİ

*Fatih ŞANTAŞ*..... 21

*Melike AVAN*..... 21

*Gülcan ŞANTAŞ*..... 21

## Bölüm 3

### DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET YÖNETİMİNİN YERİ

*Hakan KAÇAK* ..... 39

## Bölüm 4

### BİNGÖL İL MERKEZİ KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ YETERLİĞİNİN BELİRLENMESİ: İLDE YAŞAYANLARIN GÖRÜŞLERİNE DAYALI BİR ARAŞTIRMA

*İzzet AYDEMİR* ..... 59

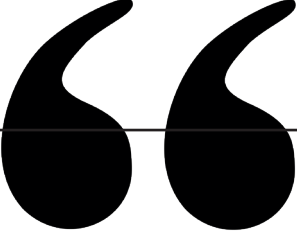
*Mehmet Emin YAŞAR*..... 59

## Bölüm 5

### TIBBİLEŞTİRME VE HASTALIK PAZARLAMASI: KAVRAMSAL BİR DEĞERLENDİRME

*Begüm CEYLAN YORULMAZ* ..... 69





## Bölüm 1

### **SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE ASİMETRİK BİLGİ TEORİSİ VE MAKRO ÖLÇEKLİ YÖNETİM EKONOMİSİ**

*Belma UZUN<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Dr. Öğretim Üyesi Belma UZUN; İstanbul Gedik Üniversitesi Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü: <https://orcid.org/0000-0002-2548-0675>; belma660@hotmail.com

## 1. Giriş

İnsanlığın gelişimiyle birlikte ortaya çıkan medeniyet tarihi incelendiğinde her dönemde koşullara göre şekillenen bir takım karakteristik özelliklerin olduğu görülecektir. Sanayi sonrası toplum bilgi toplumu veya bilgi toplumu olarak nitelendirilmiş ve günümüzde bilgi önemli bir stratejik faktör haline gelmiştir.

Dünya ekonomik sisteminin son otuz yılına bakıldığında liberal ekonomik politikaların yeni adı olan neo-liberalizmin çeşitli nedenlerle yeniden yükselişe geçtiği görülmektedir. Keynesçi ekonomik politikalar döneminde ve sosyal devlet uygulamaları döneminde devletin yürüttüğü hizmetler çeşitli yöntemlerle yeniden piyasaya terk edilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetinin reformlarla sürece adapte olduğu görülmektedir. Hizmet bazen doğrudan piyasadan satın alınırken (özel sağlık kuruluşları) devlet, hizmeti piyasa temelli faktörlere (dış kaynak kullanımı, toplam kalite yönetimi, performans) göre şekillendirmiştir.

Sağlık hizmeti doğası gereği diğer hizmet türlerinden farklı bir öneme ve değere sahiptir. Bilgi ve asimetrik bilginin ortaya çıkışına ilişkin literatür incelendikten sonra neoliberal dönemde asimetrik bilgi ile sağlık hizmetlerinde makroekonomi ve asimetrik bilginin kullanımını vurgulanacaktır.

## 2. Ekonomik Değer Olarak Bilgi

Batıda bilgiyi ilk sınıflandıran Aristoteles olmasına rağmen, Bacon bilgiyi bireysel zekâ tarafından ortaya çıkarılabilen yöntemler kümesi olarak tanımlamıştır. Tarım toplumundan sanayi toplumuna geçiş etkili bir değişim ve rönesans getirmiştir. Günümüzde adeta bir bilgi patlaması yaşanmaktadır; bilgi bir araç olmaktan çıkmış ve temel bir üretim faktörü haline gelmiştir (Tekin, Güleş ve Ögüt 2014, s. 49-61).

Günümüzün en önemli filozoflarından Michel Foucault'nun da belirttiği gibi; bilgi iktidar rejimlerinden ayrılamaz. Bilginin iktidar kaynağı olması ancak başkalarının sahip olmadığı bilgiye sahip olmakla mümkündür. İktidar bilgiye ihtiyaç duyar ve bu bilgi farkı bilgiye sahip olan kişilerin diğer kişiler üzerinde meşru bir üstünlük elde etmesini sağlar. Sonuç olarak, genel olarak bilgiye sahip olmak, bilgi sahibi olan kişinin cahil kişi üzerinde iktidar sahibi olmasına yol açacaktır. Kişiyi lider haline getirerek ve diğer bireyleri etkileyerek sosyal ilişkilerde eyleme yönlendirebilir ve motive edebilir. Bilginin her durumda bireye rehberlik edemeyeceği şüphesiz akılda tutulmalıdır çünkü bilgi sadece güç odağı değildir (Bakan & Büyükmeşe, 2010, s. 74).

Bilgiyi talep eden ve sağlayanların kullanılan bilgi miktarı ile ilişkileri, mal üreticisi ve tüketicisi ile üretilen ve tüketilen mal miktarı arasındaki ilişki ekonomik bir değer olarak konumlandırılmıştır. Bilgi satılmak için üretilir ve yeni bir üretim sürecinde değerlendirilmek üzere tüketilir. Aslında bilgi her zaman



ekonomik analizde bir yer tutmuştur. Bilgi doğrudan bir üretim faktörüdür (Özcan, 2008, s. 8-9).

Mükemmel rekabet piyasasına sahip olmak için hem alıcının hem de satıcının mal ve hizmetler hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Simetri kavramsal olarak iki nesne arasındaki çerçeveye, güç ve ölçüm açısından benzerlik ve eşitliği ifade eder. Bu iki nesne bir ekonomik değişim işlemi gerçekleştirdiğinde, iki taraftan biri nispeten daha fazla bilgiye sahipse asimetrik bilgi ortaya çıkar (Demirel Değirmenci, 2024). Ekonomik aktörlerden birinin diğer taraftan daha fazla bilgiye sahip olması durumu ekonomide “asimetrik bilgi” kavramıyla ifade edilir. Etkileşim halindeki ekonomik aktörler arasında asimetrik bilginin etkili olduğu durumlarda daha fazla bilgiye sahip olan taraf haksız bir avantaj elde eder. Dolayısıyla asimetrik bilginin etkili olduğu durumlarda ekonomik faaliyetleri etkin bir şekilde yürütmek mümkün olmaz (Karahan, 2006, s. 151).

Ticari faaliyete konu olan mal ve hizmetlerde bir tarafın diğer tarafa karşı bilgi ve uzmanlık üstünlüğü sonucu elde ettiği maddi ve manevi kazançlara asimetrik bilgi geliri denir. Bilgiye dayalı faaliyetler, iş bölümü ve uzmanlaşma sonucu gün geçtikçe artan ve özgülleşen hayati araç ve hizmetlerin kullanımından başlayarak daha asimetrik hale gelir (Şimşek & Karakaş, 2007, s. 24).

### 3. Asimetrik Bilginin Tarihi

18. yüzyıldan itibaren Adam Smith, A. Marshall, Weber, Sismondi ve J.S. Mill gibi önemli iktisatçılar (eksik) bilginin ekonomi üzerindeki etkilerini görebilmişlerdir. Ekonomik yaşamda bilginin kullanımıyla ilgili ilk önemli fikirler, 1930’lu ve 1940’lı yıllarda Avusturya Ekonomi Okulu üyesi F.A. Hayek tarafından piyasa sosyalizmi tartışmalarında kullanılmıştır. Sosyalist sisteme yöneltilen eleştirilerin özü şudur; fiyatların oluşabileceği bir piyasa, üretim araçlarının farklı kişilere ait olmaması nedeniyle oluşamaz. Ekonomik hesaplama için fiyatların bilinmesi gerekir. Merkezi yönetim, tüketim mallarının üretim tekniğini ve tercih sırasını bilmesine rağmen, üretim girdileri için bir piyasa olmadığından tüketim mallarının fiyatları bulunamaz; bu durumda ne üretim girdilerinin etkin dağıtımı ne de tüketici talebinin bilinmesi mümkün olur (Kazgan, 2006, s. 363).

1970’lerde iktisatçılar, önceki dönemde kamusal mallar ve dışsallıklar gibi piyasa başarısızlığı argümanlarının zayıflamasıyla yeni piyasa başarısızlığı argümanları üretmişlerdir. Yeni Keynesyen Yaklaşımı ortaya atarak, yeni sağ iktisatçıların eleştirilerine karşı mikroekonomi prensiplerinden makroekonomi olgularını türetmeyi amaçlamışlardır (Demirel Değirmenci, 2024). Bu arayış Stiglitz’in “etkin ücret” hipotezini, G. Akerlof’un “limon piyasaları” modelini, Oliver Williamson ve diğerlerinin “manipülatif davranışlar” düşüncesini içermektedir. Ancak sektörlerdeki piyasa başarısızlıkları asimetrik bilgiye daha fazla vurgu yapılarak incelenmiştir (Alp & Karakaş, 2008, s. 216).

Akerlof'un limon piyasaları modeli temel olarak taraflardan birinin diğere göre daha fazla bilgiye sahip olması, yani gizlenen bilginin piyasa bozulmasına atıfta bulunur. Bu anlamda belirsizliğin yüksek olduğu bir durumda gerçekleşen mal ve hizmet ticaretinin kalitesi hakkında açık bir belirsizlik vardır. Özellikle düşük kaliteli mal ve hizmet satmaya meyilli kişilerin dürüst olmayan tutumları piyasaların çökmesine neden olur (Demirel Değirmenci, 2024). Dürüst olmayan ticaret dürüst ticareti piyasadan uzaklaştırırsa, bu bir dürüst olmama maliyeti olarak ortaya çıkar. Dolayısıyla dürüst olmama maliyeti sadece alıcıları değil, aynı zamanda yasal olarak yürütülen ticaretin azaltılması veya ortadan kaldırılması şeklinde bir maliyeti de etkileyecektir. Neo-klasik ekonominin mükemmel rekabet varsayımının aksine, bu durum bir piyasa bozulmasına neden olabilir (Alp, 2010, s. 186).

21.yüzyılda neo-liberalizm, Keynesçilik, Sosyalizm ve sosyal devletin yerini almaktadır. Kapitalizmin tarihinde yeni bir evre olan neo-liberalizm, 1974-75 yıllarında yaşanan ekonomik krizle başlamış, 1980'lerde Sovyet bloğunun dağılmasıyla hızlı bir gelişme göstermiş ve 1990'lar boyunca dünya çapında tartışılmaz bir dogma haline gelmiştir (Yaşar, 2010, s. 269).

İnsanın kasıtlı veya kasıtsız eylemlerine dayanan içsel bilgi asimetrisi ve yapay bilgi asimetrisi olmak üzere iki tür bilgi asimetrisi vardır (Afzal 2015, s. 124-135). Bunlar:

**İçsel Bilgi Asimetrisi:** Bu, doğal-içsel ve yapay-içsel bilgi asimetrisi olarak alt bölümlere ayrılır. Doğal-içsel bilgi asimetrisi, evrende herhangi bir insan müdahalesinden bağımsız olarak kalır. Bunlar önemlidir çünkü insanların dünyayı anlamlandırmak için daha fazla keşfetmelerini, düşünmelerini ve bilgi edinmelerini gerektirir. Bu türü oluşturan iki şey vardır: sürekli değişim ve nedensellikler. Yapay-doğal bilgi asimetrisi, örneğin, kişilerin konumları, eğitimleri veya deneyimleri nedeniyle bilgi avantajı elde etmeleri nedeniyle, herhangi bir kasıtlı çaba olmadan ortaya çıkar.

**Yapay Bilgi Asimetrisi:** Bunlar, politika, piyasalar, hastaneler vb. gibi kasıtlı insan çabası nedeniyle ortaya çıkar. Bu, bilgiyi alan kişilerin ilgi duydukları konuyu açıkça anlamalarını zorlaştırarak mümkündür.

#### **4. Neoliberal Dönemde Asimetrik Bilginin Mükemmel Rekabetçi Piyasa Üzerindeki Çarpık Etkisi**

Ekonomik aktörlerin mükemmel rekabetçi piyasa koşulları içinde hareket ettiği varsayımıyla yürütülen teorilerde "tam bilgi"ye sahip olmak önemli bir faktördür. Ancak istisnai durumlar dışında piyasalarda tam bilgiye sahip olmak imkansızdır. Bu durumda ideal piyasa yapısının bozulması kaçınılmazdır. Öte yandan, aynı bilgiye sahip olmayan kişilerin sahip oldukları bilgiyi algılamalarında ortaya çıkan zorluklar, bilgi sahibi olan ve olmayan kişiler arasında bir güç sorununa neden olur ve bu da asimetrik bilginin iki temel yaklaşımı olan ters seçim ve ahlaki tehlikeyi oluşturur (Demirel Değirmenci, 2024).

Bilgideki asimetri eksik rekabeti getirir. Böyle durumlarda maliyeti düşürmek, verimliliği artırmak ve toplumsal faydayı maksimize etmek için devletin devreye girmesi gerektiği dile getirilir. Devletin kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlamak, fiyat mekanizmasının eksikliklerini gidermek ve rekabetin önündeki engelleri kaldırmak amacıyla ekonomiye müdahale etmesi gerektiği kabul edilir (Gelegen, 2019, s. 23). Ancak refah devleti dönemi sonrasında neoliberal politikaların etkisiyle kamuoyunda seslendirilen Yeni Kamu Yönetimi Yaklaşımı, küreselleşmenin etkisiyle sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere diğer tüm mal ve hizmetlerin özel sektöre devredilmesini savunmuştur. Sırakaya'ya (2015, s. 76) göre kamu hastanelerinin özel sektöre özgü yönetim modellerini benimsemesi dikkat çekicidir. Birincil sağlık hizmetlerini yürüten toplum sağlık merkezlerinin yerini aile hekimliği sistemi almıştır.

### 5. Sağlık Hizmetlerinde Asimetrik Bilgi

Bilgi asimetrisi hemen hemen her alanda mevcuttur. Bankacılık, oto tımarcılığı, sigortacılık, teknoloji ürünleri gibi birçok alanda bilgi asimetrisi görülebilir. Ancak insanlar satın almak istedikleri ürün veya hizmet hakkında detaylı bir şekilde bilgi edinebilirler. Bu otomobil, bilgisayar veya kasko olabilir. Ancak bunların hiçbiri sağlık hizmeti alanı kadar riskli, kapsamlı ve çok boyutlu bilgi taşımaz.

Tıptaki ilerlemeler ve bilimdeki ilerlemeler sağlık hizmetindeki derinliği ve uzmanlaşmayı artırmıştır. Sağlık eğitimi uzun ve masraflı bir süreçtir. Sağlık hizmetleri sadece dışarıdan gözlemleyerek veya genel kabul görmüş bilgileri öğrenerek analiz edilemeyecek karmaşık bir pazar segmenti olarak ortaya çıkar. Bu durumda hizmet alan ile hizmet veren arasında önemli bir bilgi asimetrisi faktörü öne çıkmaktadır (Demirel Değirmenci, 2024). Taraflardan birinin mal veya hizmet hakkında çok daha fazla bilgiye sahip olması diğer tarafı etkileme ve yönlendirme fırsatı sağlar ve rekabet koşullarının ve müşteri memnuniyetinin azalmasına yol açar. Hastaya daha fazla bilgi sağlanarak hasta ile hekim arasındaki bilgi açığının azalacağı varsayılır. Hastanın bilgi düzeyine bağlı olarak bilgi asimetrisinin olumsuz etkilerinin tedaviden sonra azalacağı düşünülmektedir (Özcan & Taş, 2013, s. 823).

Sağlık hizmeti, hastalıkların önlenmesi ve toplum sağlığı düzeyinin iyileştirilmesi ile hastalıkların tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonu ile ilgili faaliyetleri içerir. İnsanlar bu hizmeti almak için belirli bir zaman ve ücret öderler. Piyasa dengesinde oluşan asimetrik bilginin varlığının piyasa etkinliğinin oluşmasını engellediği düşünülmektedir. Hastalar genellikle bu önemli bilgi farkından dolayı hangi tedavinin ne kadar süreyle uygulanacağını ve kendilerine ne kadara mal olacağını bilemezler. Dolayısıyla hizmet sağlayıcının lehine bir durum ortaya çıkar (Ateş, 2011, s. 2).

Asimetrik bilgi, sağlık hizmeti piyasasının arz tarafında yer alan doktor ve hastanenin, talep tarafında yer alan hastanın tutum ve davranışlarını yön-

lendirmesini kolaylaştırır. Bu tutum ve davranışlar genellikle sağlık hizmeti piyasasında kaynakların aşırı kullanılmasına ve harcamaların artmasına yol açabilir. Sonuç olarak hasta, sağlık hizmetinin ne kadar ve nasıl kullanılacağına karar verir ve doktor da kârını maksimize etme amacıyla sağlık harcamalarını artırabilir (Bilgili & Ecevit, 2008, s. 203).

Hastanın hastanede kalış süresi, reçete edilecek ilaç ve bu ilacın kullanım süresi ve diğer tüm kararların sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından alınması, hastaların inisiyatifini ortadan kaldırır. Bireyler sunulacak hizmetin boyutunu tartışamadıklarında sağlık hizmetleri üzerinde pazarlık yapamaz ve kontrol sağlayamazlar. Sağlık hizmeti sağlayıcıları daha fazla ücret almak ve kâr elde etmek motivasyonu ile çalışabilirler. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kısmen veya tamamen özelleştirilmesinde ve hizmet bedelinin sağlık çalışanları tarafından faturalandırılmasında çeşitli suiistimallerin önünü açacaktır (Çevik & Yüksel, 2021, s. 98).

Bu nedenle hem özelleştirme uygulamalarının hem de kurulacak sistemin çok sıkı kurallarla denetlenmesi gerekir. Nitekim son yirmi yılda en yoğun özelleştirme uygulamalarının sağlık hizmetlerinde yaşandığı ve sağlık harcamalarının sürekli arttığı görülmektedir. Özelleştirme uygulamalarının gelir dağılımının iyi olduğu ve toplumun tüm kesimlerinin sağlık hizmeti satın aldığı durumlarda olası sorunlar en aza inecektir. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasında, sağlık personelinin tıbbi bilgisinin fazlalığı ve arz koşulları nedeniyle talep belirsizliği diğer hizmetlerden oldukça farklıdır (Ağır & Tıraş, 2018, s. 654).

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamalarının başladığı 2002 yılından itibaren sağlık hizmetlerinde yoğun özelleştirme yaşandığı anlaşılmaktadır. Alt işverenlik, sözleşmeli personel istihdamı, aile hekimliği sistemi kurulmuş ve kamu-özel sektör işbirliği uygulamaları hayata geçirilmiştir. Tüm bunların sonucunda yoksul kesimin sağlık hizmetlerinden yararlanmada zorluk çektiği, yararlanıcı katkılarının yüksek olduğu, sağlık primlerinde borçlanma ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak için halkın cebinden yaptığı harcamaların arttığı görülmektedir. Harcamalar çoğunlukla kırsal kesimdeki yoksul kesimler tarafından yapılmaktadır (Yereli, Köktaş ve Selçuk, 2014, s. 293).

Özelleştirme sonucu ortaya çıkan sağlık hizmetleri için yapılan cepten ödemeler eşitliği bozmaktadır. Bu durumu düzeltmek için toplumun yüksek gelirli kesimlerinin daha fazla vergilendirildiği, düşük gelirli kesimlerinin ise daha az vergilendirildiği kademeli bir vergilendirme tarzı önerilmektedir. Bu nedenle özelleştirme uygulamaları, kurulacak sistemin çok sıkı kurallarla denetlenmesi gerektiğini göstermektedir. Denetimi yapacak olanlar, sağlık hizmeti düzeyinin nerede olması gerektiğini bilen görevliler olmalıdır. Zira sağlık hizmetlerinden yararlananlar, sağlık hizmeti sonrasında bir hastalık ortaya çıkmadığı sürece, hizmetin kalitesini ölçmek ve değerlendirmek için nitelikli

bilgiye sahip değildirlir (Demirel Değirmenci, 2020, s. 374).

Bireyin, bir hekimin verdiği sağlık hizmeti veya bir avukatın verdiği hukuk hizmetinin kalitesi ile ilgili sorgulanması tam olarak gerçekleştirilemez. Birey, yalnızca verilen hizmet sonucunda bir memnuniyet veya memnuniyetsizlik duygusu yaşar. Bu, bireyin hizmet alanıyla ilgili aldığı bilgi eksikliğinden ve bireye hizmet veren uzmana yönelik bilgi asimetrisinden kaynaklanır (Demirel Değirmenci, 2024).

Tüketici açısından ters seçim sonucu bilgi ve deneyimden yoksun bir hekim tercih etmek, refah kaybına yol açar. Hizmeti veren sektör sorgulanamaz ve hastanın sağlık hizmeti veren hekimin bilgisini sorgulama imkânı ve yeteneği yoktur. Aynı konuda uzmanlaşmış bir hekim, aynı hasta için diğer hekimlere göre çok daha farklı teşhis koymuş olsa bile, hasta-hekim arasındaki o anın psiko-sosyolojik analizi bilinmeyebileceğinden sağlıklı bir eleştiri veya karşılaştırma yapılamaz (Ünsal, 2007, s. 141).

Sağlık hizmetlerinden yararlananların bilinçlendirilmesi, tıbbi alandaki ilerlemeler devam edeceğinden sorunların çözümünde yeterli olmayacaktır. Bir hastanın; basit bir enjeksiyondan organ nakline kadar her türlü işlemin uygulanması gerekli midir? Bu işlemin yan etkileri nelerdir? Bu işlemin beklenmeyen sonuçları nelerdir? gibi sorularla konuyu anlamaya çalışarak bilgi açığını kapatmasını beklememeliyiz. Aynı sağlık sorununa başka bir hizmet sağlayıcısı aynı tedavi yöntemini anlattığında akıldaki soru işaretleri ortadan kalkar ama bazen bambaşka bir tanı ve tedavi yöntemi de ortaya çıkabilir (Demirel Değirmenci, 2024). Bu durum müşterinin (hastanın) hizmeti almaya yönelik güven krizini derinleştirecektir. Verilen hizmet manevi ve maddi sonuçlar ortaya çıkarılabilir. Gereksiz bir operasyon, röntgen, protez hastaya (tüketiciye) verilebilecek en büyük zarar olacaktır. Tıbbi bir hatanın düzeltilmesinin tıbbi müdahale gerektirmesi maddi ve manevi maliyetleri artırabilir (Özcan ve Taş, 2013, s. 823).

İnsanlar son zamanlarda sağlık hizmetine daha kolay ulaşabilmekten ve her geçen gün daha iyiye giden fiziksel mekanlarda sağlık hizmeti alabilmekten, bu hizmetlerin maliyetini düşünmeden memnun kalmaktadırlar. Ancak asıl mesele, doğru tedaviyi doğru ve doğru yerde yaparak memnuniyet sağlamaktır. Böylece sağlık hizmeti almak için kaynaklar israf edilmemelidir.

## 6. Sağlık Bakımı ve Makroekonomi

Sağlık sektörlerinin çıktı, istihdam ve araştırmadaki mutlak öneminin ötesinde, sağlık hizmetleri sistemlerinin çeşitli kanallar aracılığıyla makroekonomik etkileri vardır. Kamu borcunun ve kısa vadeli mali çarpanların uzun vadeli sürdürülebilirliği için mali etkileri ve hastalık izni sayısı, işgücü arzı etkileri, üretkenlik ve insan sermayesi açısından işgücü piyasası etkileri vardır. Sağlık hizmetleri sistemleri ayrıca gelir eşitsizliğinin sonuçlarını azaltabilir

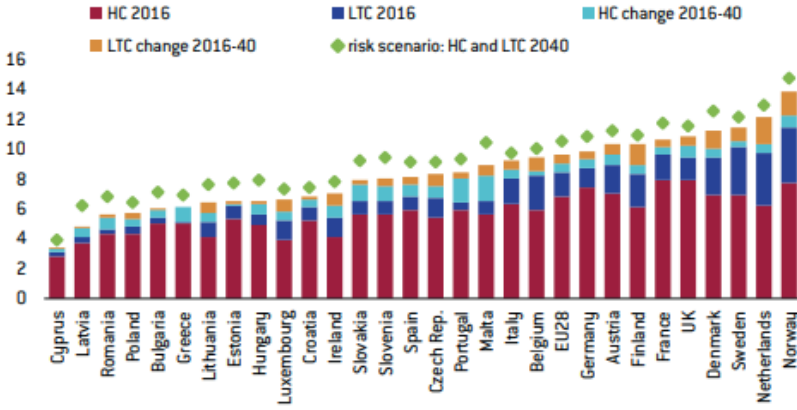
veya güçlendirebilir ve böylece büyümeyi etkileyebilir. Bu sorunların her biriyle sırayla ilgileniyoruz.

### 6.1. Sağlık Hizmetleri ve Uzun Vadeli Mali Sürdürülebilirlik

Sağlık hizmetleri sistemleri, mali sürdürülebilirlik yoluyla makroekonomi üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olabilir. Örneğin, kamu sağlık hizmetleri harcamalarındaki bir artış, daha yüksek vergiler veya diğer harcamalarda kesintiler gerektirebilir

Demografik değişim ve yavaşlayan büyüme, Avrupa kamu refah sistemlerinin uzun vadeli sürdürülebilirliği için önemli tehditler oluşturmaktadır. Uzun vadeli projeksiyonlar, 2016 ile 2040 yılları arasında AB ülkelerinde kamu sağlık hizmeti ve uzun vadeli bakım harcamalarının sırasıyla ortalama %9 ve %38 oranında artacağını, sağlık hizmetleri için GSYİH'nin %7,4'üne ve uzun vadeli bakım için de %2,2'sine ulaşacağını, yani toplamda GSYİH'nin %9,6'sına ulaşacağı tahmin edilmektedir. Şekil 1'de AB ülkeleri bu tür artışlara farklı şekillerde maruz kalmaktadır. Sağlık hizmeti ve uzun vadeli bakım harcamalarının toplamının ülkeye bağlı olarak 2040 yılına kadar GSYİH'nin %0,3 ile %2,4'ü arasında artacağı tahmin edilmektedir. Bu artışın temel nedeni demografik değişimdir, ancak hesaplamalar belirsizdir ve gerçek sonuç büyük ölçüde yaşam beklentisindeki ek kazanımlara ve yaşlı yaş gruplarının sağlık koşullarına bağlı olacaktır (Darvas vd., 2018).

Komisyonun 2018 Yaşlanma Raporunda alternatif bir risk senaryosu da hesaplanmıştır. Bu senaryo, sağlık harcamalarında yakın zamanda gözlemlenen iki eğilimin kısmen devam ettiğini varsaymaktadır. Birincisi, daha yüksek gelir ve teknolojik ilerlemeyi varsaymakta ve ikincisi, kapsam ve maliyetlerin AB ortalamasına doğru yukarı doğru bir yakınsamasını varsaymaktadır. Bu senaryoda, sağlık ve uzun vadeli bakım harcamalarındaki artış daha da önemli olabilir ve 2040 yılına kadar AB'nin mevcut ülkelerinde ortalama olarak GSYİH'nin %10,5'ine ulaşabilir.

**Figure 5: Current and projected change in public expenditure 2016-40, % of GDP**

Source: European Commission, 2018 Ageing Report. Note: HC and LTC refer to health care and long-term care respectively; projections relate to baseline scenario; risk scenario assumes an uptick in health care costs caused by non-demographic drivers reflecting recent trends; EU values based on weighted average.

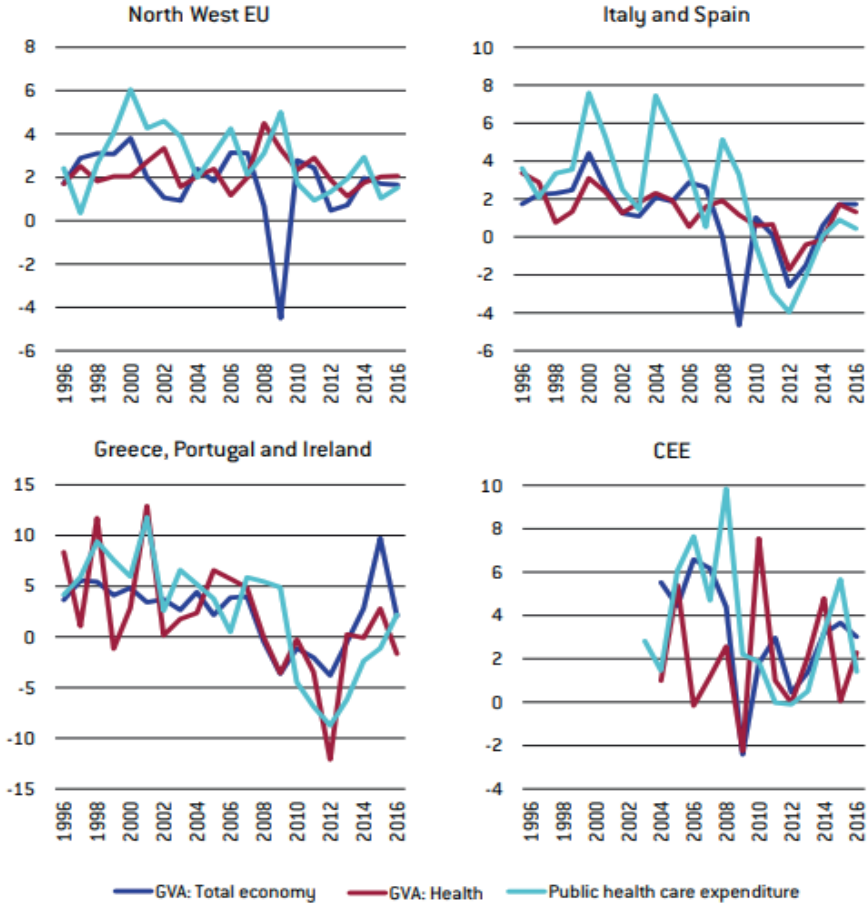
Şekil 1. Kamu harcamalarındaki mevcut ve öngörülen GSYİH'nın değişimi (2016-2040)

Uzun vadeli tahminler etrafındaki belirsizlikten bağımsız olarak, artan sağlık ve uzun vadeli bakım harcamaları, hükümetlerin yeni vergiler getirmeyi veya mevcut vergileri artırmayı, mevcut kaynakları sağlık ve uzun vadeli bakıma yönlendirmeyi ve/veya sağlık sistemine kamu katkılarını azaltmayı düşünmeleri gerektiği anlamına gelmektedir.

## 6.2. Sağlık Hizmetleri ve Kısa Vadeli Mali Çarpanlar

Kamu sağlık harcamalarındaki değişiklikler ekonomi üzerinde bir etkiye sahiptir ve bu da kamu maliyesi üzerinde bir geri bildirim etkisine sahiptir. 1996'dan 2008'e kadar, AB ülkelerinde toplam ve sağlık hizmetleri sistemi çıktısı (brüt katma değer olarak ölçülür) ortalama olarak benzer oranlarda büyümüştür. Ancak bazı yıllarda büyük farklılıklar bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik kamu harcamaları genellikle çıktıdan daha hızlı artmıştır (Şekil 2).





Source: Bruegel based on Eurostat 'National accounts aggregates by industry (up to NACE A\*64) [nama.10\_a64]' and 'General government expenditure by function (COF0G) [gov.10a\_exp]' datasets. Note: real growth rates (2010 prices) in value added and changes in real public health care expenditure (nominal expenditure corrected by GDP deflator). North-West EU: the first 15 EU members excluding Greece, Ireland, Italy, Portugal and Spain. CEE: the 13 countries that joined the EU in 2004-2013.

Şekil 2. Toplam ve sağlık sektörü brüt katma değerinin ve kamu sağlık harcamalarının büyüme hızı

Küresel ve Avrupa mali ekonomik krizi sırasında, kamu sağlık harcamaları, batı/kuzey Avrupa ülkelerinde krizden öncekiyle hemen hemen aynı oranda büyüdü, ancak İtalya, İspanya, Yunanistan, İrlanda ve Portekiz'de büyük kesintiler yapılmıştır. Bu kesintiler, muhtemelen bu ülkelerdeki sağlık sistemi çıktısındaki önemli düşüşte önemli bir rol oynamıştır (Darvas vd., 2018).

Sağlık sektörü çıktısına doğrudan etkisinin ötesinde, kamu sektörü sağlık harcamalarındaki kesintilerin ekonominin geri kalanı üzerinde etkileri vardır. Normal ekonomik koşullar altında, %1'lik bir harcama kesintisi ekonomik faaliyeti %1'den daha az azaltmakta veya başka bir deyişle, mali çarpan 0 ile 1



arasındadır. Uluslararası Para Fonu, 2008 öncesi mali çarpanın yaklaşık 0,5 ila 0,7 olduğunu varsaymıştır (Stuckler vd., 2017). Ancak, Reeves vd. (2013), özellikle Avrupa Merkez Bankası sıfır alt sınırıyla kısıtlandığında, mali çarpanların kriz sırasında çok daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Dahası, Reeves vd. (2013), çarpanların bütçe sektörüne göre önemli ölçüde değiştiğine dair kanıtlar göstermiş ve sağlık harcamalarının eğitimden sonra ikinci en büyük etkiye sahip olduğu sonucuna varmıştır. Sağlık sektörü için nispeten yüksek mali çarpanın nedeni, sağlık harcamalarının sektördeki ücretleri doğrudan etkilemesi ve inşaat ve sağlık ekipmanı ve ürünlerinin tedarik zincirine bağlı diğer sektörler gibi diğer sektörlerdeki ücretleri dolaylı olarak etkilemesidir. Bu ücretli çalışanların bazıları, yüksek tüketim eğilimine sahip düşük ücretli çalışanlardır ve gelirlerindeki daralma, tüketim ve dolayısıyla GSYİH ve istihdam üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahip olabilir. Buna karşılık, sağlık harcamalarındaki kesintilerden kaynaklanan GSYİH ve istihdamdaki düşüş, daha düşük vergi gelirleri ve daha yüksek işsizlik yardımı maliyetleri yoluyla kamu maliyesi üzerinde bir geri bildirim etkisine sahiptir (Reeves vd., 2013).

Sağlık harcamalarının yüksek mali çarpanları, Kuzey-Batı AB ülkelerinde kamu sektörü sağlık harcamalarının büyüme oranını korumanın bu ülkelerin ekonomileri üzerinde istikrar sağlayıcı bir etkiye sahip olduğu sonucuna varmamızı sağlar, ancak Yunanistan, İrlanda, İtalya, Portekiz ve İspanya'daki büyük sağlık harcama kesintileri ekonomik gerilemeyi artırdı ve hatta bütçe açıklarını artırabilirdi. Ayrıca, daha derin bir durgunluk, uzun vadeli işsizliğin artması ve üretkenliğin azalması gibi histerezis etkilerine yol açabilir.

### 6.3. Sağlık Hizmeti ve İşgücü Piyasası

Sağlık hizmeti sistemleri, sağlık hizmeti sonuçlarını etkileyerek işgücü piyasası aracılığıyla doğrudan makroekonomik etkilere sahip olabilir. Suhrcke ve diğerleri (2005), genellikle sosyal güvenlik ağları kurmuş olan gelişmiş ülkeler için sağlık hizmeti iyileştirmelerinin ekonomi üzerindeki faydalarını analiz eden çalışmalara genel bir bakış sundular. Literatürde tanımlanan ana kanallar işgücü piyasası katılımı, üretkenlik ve insan sermayesidir.

#### 6.3.1. Katılım

İşgücü sağlama kararı bireyin sağlık durumuna bağlıdır. Kötü sağlık, bireylerin işgücüne girmesini engelleyebilir, işgücü piyasasından erken ayrılmalarına veya en kötü durumda ölüme yol açabilir. İşgücünün dışlanması, kişisel zorluk ve kaybedilen çıktı anlamına gelir ve dışlanan bireyleri desteklemek için kamu kaynaklarının gerekli olduğu anlamına gelir. Hastalık veya engellilik nedeniyle hareketsiz olan 20-64 yaş arası AB vatandaşlarının oranı 2000'de %3,5'ten 2017'de %4,5'e yükseldi<sup>12</sup>. Bu eğilim endişe vericidir ve AB işgücünün sağlık nedenleriyle giderek daha fazla sayıda insanı kaybettiğini göstermektedir.

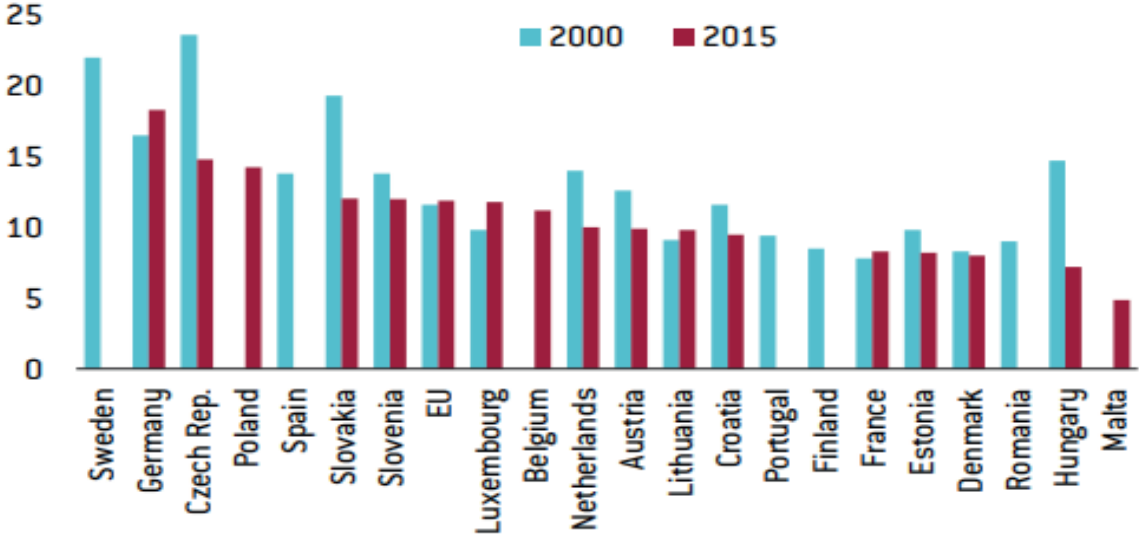
Hastalık kaynaklı hareketsizlik ve sağlık harcamaları da emeklilik yaşlarının yükselmesiyle ilişkilidir. Artan yaşam beklentisi bağlamında, hükümetler bağımlılık oranını azaltmak için emeklilik yaşını yükseltir. Ancak, yaşlı insanların kronik hastalıklardan etkilenme olasılığı daha yüksektir, bu da işgücü piyasalarından erken ayrılma olasılığının daha yüksek olmasına ve dolayısıyla daha yüksek hareketsizlik oranlarına yol açar. 14 Avrupa ülkesini inceleyen bir OECD/EU (2016) çalışmasına göre, iki veya daha fazla kronik hastalığı olan 50-59 yaş arası çalışanlar için ortalama erken emeklilik oranı yaklaşık %10 iken, aynı yaş grubundaki kronik hastalığı olmayan çalışanların yalnızca %4'ü erken emekli oluyor. Ayrıca, OECD (2016), kronik hastalığı olan bireylerin hiçbir hastalığı olmayan bireylere kıyasla işsiz kalma olasılığının daha yüksek olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır.

### 6.3.2. İşgücü Verimliliği

Ekonomik literatürde, işgücü verimliliği genellikle çalışılan saat başına çıktı olarak tanımlanır. Sağlık koşulları çıktıyı ve çalışılan saatleri belirlemede önemli bir rol oynar. Kötü sağlık, odaklanma yeteneğini azalttığı ve işten sık sık devamsızlık yapılması yeniden eğitim gerektirebileceği için çalışma saatleri boyunca verimliliği (yani iki faktörün oranını) da azaltabilir.

Hastalık günü sayısı, çalışanın sağlıksızlığı nedeniyle kaybedilen çıktının iyi bir göstergesidir. Tüm AB ülkeleri çalışanlara hastalık izni sağlarken, hastalık ücreti şemaları farklı AB ülkelerinde önemli ölçüde farklılık gösterir (Spasova ve diğerleri, 2016). Böylece, işverenler genellikle ücretler aracılığıyla doğrudan bir maliyet öderler, ancak daha düşük veya gecikmiş çıktı gibi dolaylı maliyetlerle de karşı karşıya kalırlar. İdari verilere dayanan, hastalık izni sayısı açısından AB ülkeleri arasında önemli farklılıklar göstermektedir. 2015 yılında, verilerin mevcut olduğu ülkeler arasında, Alman işçiler ortalama 18 ile en çok hastalık izni alırken, Maltalı işçiler beş ile en azını aldı. 2000 yılından bu yana, farklı ülkeler farklı yönere gitti: Çek Cumhuriyeti, Slovakya ve Macaristan'da, işçi başına hastalık izni sayısı nispeten yüksek seviyelerden önemli ölçüde düşerken, Almanya'da belirgin bir artış ve Fransa'da küçük bir artış oldu. AB genelinde, 2000 ve 2015 yılları arasında, işçi başına yıllık hastalık izni sayısı 11,6'dan 11,9'a marjinal olarak artmıştır (Şekil 3).

Alınan hastalık izni sayısı ayrıca işçilerin sağlık durumuna da bağlıdır. OECD/EU (2016), 14 seçilmiş Avrupa ülkesinde kronik hastalığı olmayan bireyler için yıllık ortalama hastalık günü sayısının yaklaşık yedi, iki veya daha fazla kronik hastalığı olan bireyler için ise 20 olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca, Knebelmann ve Prinz (2016), bir bireydeki depresyon semptomlarının yıllık hastalık iznine ek 7,2 gün daha eklediğini tahmin etmiştir.



Source: WHO Health for All Database. Note: Average number of working days lost per employee per year due to sickness or injury; maternity leave not included; data from existing sick-leave registration systems; if data for 2000 or 2015 is not available, closest available year is given.

Şekil 3. Hastalık nedeniyle işe devamsızlık, çalışan başına yıl başına gün sayısı (2000 ve 2015)

Depresyon toplam çalışılan saatleri azaltır ve ayrıca işyeri performansını önemli ölçüde etkiler. Çalışma saatleri sırasında üretkenlik, sigara içen veya çok içen çalışanlar için de daha düşüktür (OECD/EU, 2016). Ek olarak, üretkenlik emeklilik yaşlarının uzatılmasından etkilenebilir. Ancak, ekonomik araştırmalar yaşlanan bir iş gücünün ortalama üretkenliği azalttığına dair yaygın inancı desteklememektedir. Üretkenlik, öğrenme ve hız gerektiren görevler için azalabilir, ancak deneyim ve sözel yeteneklerin önemli olduğu yaşla birlikte daha fazla olabilir (Skirbekk, 2004). Böylece, sağlık sistemi yaşlı çalışanların çalışabilmesini sağlayarak üretkenliğe olumlu katkıda bulunabilir, ancak yaşlı çalışanlar daha sık kronik hastalıklara maruz kalırsa üretkenlikleri düşebilir.

### 6.3.3. İnsan Sermayesi

İnsan sermayesi ekonomik büyümede önemli bir rol oynar ve sürekli öğrenmenin hızlı teknolojik gelişmelere yanıt vermek için etkili bir önlem olarak algılanması nedeniyle politika gündeminde üst sıralarda yer alır. Birkaç çalışma, bir çocuğun sağlığının büyük ölçüde öğrenme ve bilgiyi saklama yeteneğini belirlediğini göstermektedir. Bu nedenle, sağlığı desteklemek için erken müdahale bireysel faydaları teşvik eder ve gelecekte daha sağlıklı bir topluma yol açar (WHO, 2005).

Kötü sağlık, bireylerin çalışmasını engeller veya erken emekliliğe yol açar,

onları daha az üretken hale getirir ve işsiz kalma olasılıklarını artırır. Dolayısıyla daha iyi sağlık sonuçlarının açıkça olumlu makroekonomik etkileri vardır. Aynı zamanda, işgücüne göre hareketsiz yaşlı insanların payının artmasından kaynaklanan iyileştirilmiş sağlıktan kaynaklanan artan bir “maliyet” vardır.

#### 6.4. Sağlık Hizmeti ve Eşitsizlik

Sağlık hizmeti sistemlerinin temel amaçlarından biri sağlık hizmetine eşit erişim sağlamaktır. Yoksul insanların daha sık hastalandığını (daha düşük eğitim, daha kötü beslenme vb. nedeniyle) ve herkesin aynı kalitede ve miktarda hizmet aldığını varsayarsak, sağlık hizmeti eşitsizliği azaltır. Ne yazık ki, bu her ülkede geçerli değildir. AB’de bir bütün olarak, birinci (en yoksul) gelir beşte birlik dilimindeki bireylerin yüzde 5’i ihtiyaç duyduklarında tıbbi bakım almadıklarını bildirirken, beşinci (en zengin) gelir beşte birlik diliminde bu oran yalnızca yüzde 1,1’dir. Yoksullar ile zenginler arasındaki en büyük uçurum Yunanistan’da, ardından Letonya ve İtalya’da görülmektedir. Ayrıca, Morris ve diğerleri (2011), Birleşik Krallık için, daha düşük gelirli bireylerin birincil bakıma önyargılı erişime ve gelir dağılımının en üstündeki kişilere kıyasla ikincil/yatan hasta bakımına daha kısıtlı erişime sahip olduğunu göstermektedir.

Sağlık sonuçlarındaki eşitsizlik, gelir eşitsizliğinin sonuçlarını güçlendirebilir. Kötü sağlık sonuçları, çalışılan saatler ve kazanılan gelir açısından işgücü piyasası faaliyetini azaltır. Dahası, ebeveynlerin sağlık koşullarının çocuklarının bilişsel ve fiziksel gelişimi üzerinde sonuçları olduğuna ve sağlıksızlığın sonuçlarını artırdığına dair kanıtlar vardır.

Bu nedenle, sosyal adalet sorusunun ötesinde, sağlık eşitsizliği tarafından artırılan gelir eşitsizliği, gelir eşitsizliği ile ekonomik büyüme arasındaki bağlantılara ilişkin literatür karışık sonuçlar bulsa da (Darvas vd., 2018), çıktı büyümesinin seviyesini ve oynaklığını da olumsuz etkileyebilir. Tüm bu bulgular, özel sağlık hizmetini karşılayamayan toplumun daha yoksul kesimlerine özel vurgu yapılarak, sağlık hizmetlerine eşit erişimi ve kalitesini sağlamak için önlemler alınmasını gerektirir.

#### 7. Sağlık Politikası Zorlukları ve Ülkelerin Karşılaştığı Sorunlar

Belirli sorunlar farklı gelişim aşamalarındaki ülkelerle karşı karşıya kalırken, birkaç sorun da dünyadaki tüm ülkelerle karşı karşıyadır. Önce evrensel sorunları, ardından her aşama için sorunları sunuyoruz. Zengin veya fakir çoğu ülke, kişi başına düşen sağlık bakım maliyetlerinin kişi başına düşen GSYİH’den daha hızlı artması sorunuyla karşı karşıyadır. Sonuç olarak, sağlık bakım harcamaları hükümet, işveren ve hane halkı gelirlerinin giderek artan bir kısmını emmektedir. Bu sürekli mali baskı, ülkeleri iki temel soruyla karşı karşıya bırakmaktadır: bu artan yükün nasıl finanse edileceği ve sağlık harcamalarındaki büyüme baskılarının nasıl kontrol altına alınacağı.

Talep ve arz taraflarındaki birkaç ortak faktör, küresel olarak sağlık bakım maliyetlerindeki hızlı artışa neden olmuştur. Talep tarafında, HIV/AIDS salgını ve insanların artan beklentileri ve talepleri başlıca nedenlerdir. Tıbbi haberlerin dünya çapında dağıtımı, tıbbi atılımlarla ilgili sansasyonel manşetler ve ilaç şirketlerinin agresif ilaç reklamlarından etkilenen insanlar, hastalıklar ve tedavileri hakkında yeni bilgilerle bombardımana tutulmaktadır. Sağlığımız ve hastalıklarımız konusunda çok daha bilinçli hale geldik ve tıbbın tedavi etme ve iyileştirme yeteneği hakkında beklentiler yükseliyor. Bazı yeni pahalı teknolojiler yalnızca küçük marjinal faydalar sağlayabilir, ancak keşif haberleri tüketicici algılarını çarpıtıyor. Arz tarafında, tıp ve tıp mesleğinin kendisi daha ticari hale geldi. Kâr, biyomedikal araştırmalarda da güçlü bir motivasyon gücü haline geldi. Kâr güdüsüyle yönlendirilen ve patent yasalarıyla korunan yeni tıbbi bilim ve teknoloji çoğunlukla maliyeti artıran yeni tedaviler üretiyor. Eş zamanlı olarak, yeni sofistike tıbbi teknolojileri benimseyen hastaneler ve doktorlar hem itibar hem de kâr elde ediyor.

Maliyetleri artıran bir diğer itici güç de dünya çapında tıbbi uygulamaların sosyalleşmesidir. ABD, tıbbi eğitim ve araştırmada baskın güç haline gelmiştir. Uzmanlık tıbbına ve pahalı yüksek teknoloji tedavilerine verdiği önem, küresel tıbbi uygulamaları derinden etkilemiş ve bu durum, düzenli eğitim ve sürekli eğitim programları, rol modelleri ve tele tıp tarafından desteklenmektedir. Aslında, yabancı doktorlar, ülkelerinin bunun için ödeme yapabilecek kaynaklara sahip olup olmadığına bakılmaksızın “Amerikan uygulama standardını” benimsemeleri için sosyalleştirilmiştir.

## 8. Sonuç

Günümüzde bilgiye ulaşmak kolay olsa da artan uzmanlaşma nedeniyle tam bilgiye ulaşmak daha zor hale gelmiştir. Tam rekabetçi bir piyasa dinamiğinin oluşmasını engelleyen bu durum, asimetrik bilgi sorununu gündeme getirmektedir. Asimetrik bilgi sorununun boyutu, diğer sektörler için daha ciddi etkiler yaratabilir. Sağlık çalışanları, hastalara göre daha fazla bilgiye sahip oldukları için istedikleri zaman bilgiyi faydalı amaçlar için kullanabilirler. İnsan hayatına odaklanan sağlık hizmeti sunanlar ile sağlık hizmeti talep edenler arasındaki asimetrik bilgi, diğer sektörler için daha önemlidir. Maddi olmayan zararların yanı sıra maddi kayıplar da ortaya çıkacaktır. Hastaların tam bilgiye ulaşma çabaları refah düzeyini artıracaktır. Ayrıca sağlık hizmeti diğer mal ve hizmetlerden farklıdır ve pazarlamasında asimetrik bilgi sorunu vardır. Devletin özelleştirme uygulamalarına dahil olan sağlık hizmetini göz önünde bulundurduğumuzda kaynakların kullanımında, fiyatların oluşumunda ve tüm halkın hizmete erişiminde sorunlar vardır. Piyasa kesintilerinin yaşanacağı günümüz dünyasında devletin ekonomiye müdahale etmesi elzem görünmektedir. Sağlık hizmetlerinin çoğunlukla devlet tarafından sağlandığı ülkemizde, kamunun payının özel sektöre kıyasla azaltılmaması gerekmektedir.

Sağlık sistemlerinin makroekonomik sonuçlar üzerindeki daha geniş etkisi ihmal edilirse yani kamu gelirleri ve harcamaları üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkiler dahil olmak üzere sonuç, kıt kamu kaynaklarının optimum olmayan bir şekilde tahsis edilmesi olabilir.

Avrupa ülkeleri sağlık hizmetlerine oldukça farklı miktarlarda harcama yapmaktadır (GSYİH ve nüfuslarına göre). Sağlık harcama kararlarının temel yönleri arasında nüfus tercihleri, gelir, epidemiyolojik ve yaş yapıları ve sağlık sistemleriyle ilgili çeşitli yönler, örneğin sağlık iyileştirici faaliyetlerin ve teknolojilerin göreceli fiyatı ve sağlığın yaşamın diğer yönlerine göre fiyatı yer almalıdır. Sigorta piyasalarında asimetrik metrik bilgi ve ters seçimle ilgili piyasa başarısızlıklarının ciddiyeti, sağlık politikalarının etkinliği, özel/kamu harcama karışımı açısından nüfus tercihleri ve vergilendirme düzeyi de önemli hususlardır. Ayrıca, sağlık harcama kararlarının belirlenmesinde sağlık bakım sistemlerinin makro ekonomik etkilerinin kritik rolü vurgulanmaktadır.

Sağlık sonuçları her zaman daha fazla harcamayla uyumlu olarak iyileşmez, bu da etkinlik ve verimlilik sorunları olduğunu gösterir. Eşik etkileri olduğunu, belirli bir miktara kadar harcamanın örneğin yaşam beklentisi ve ölüm oranı ile ölçülen sağlık sonuçlarını iyileştirme eğiliminde olduğunu, ancak ek harcamayla bu tür göstergelerde bir iyileşme olmadığını göstermektedir. OECD ve Avrupa Komisyonu'nun daha önceki çalışmalarını takiben, Avrupa ülkelerinin diğer bazı gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında göreceli verimliliğini değerlendirmek için çeşitli sağlamlık kontrolleriyle birlikte bir veriler incelendiğinde; 2000 yılında verimlilik sınırına yakın olan bir dizi AB ülkesinin göreceli konumlarında bozulmalar yaşadığını, ancak İtalya ve Fransa gibi 2014'e kadar sınıra nispeten yakın kalan birkaç ülke olduğu ortaya çıkmıştır. ABD sağlık sistemi incelenen AB ülkeleri arasında en az verimli olduğu bulunmaktadır. Bu sonuçlar; sağlık bakım sistemlerinin genel verimsizliğine işaret eden bir dizi önceki çalışmayla uyumludur. Bu, verimliliğin sağlık bakım sistemlerinin makroekonomik etkisi için de önemli olması nedeniyle politika önlemleri gerektirir. Avrupa Komisyonu (2018) ile uyumlu olarak, sağlık sonuçlarını ve yatırım getirilerini değerlendirmek için daha fazla performans değerlendirme gerekebilir. Sistematik değerlendirmeler, sağlık bakım sistemlerinde verimliliği artıran değişikliklere yol açabilmektedir.

Sağlık bakım sistemleri; çıktı, istihdam ve araştırmadaki ağırlıkları nedeniyle makroekonomi için önemlidir. Kamu maliyesinin uzun vadeli sürdürülebilirliği için doğrudan mali etkileri vardır, sağlık harcama kararları ise mali çarpan etkisi yoluyla kısa vadeli ekonomik kalkınmayı etkiler. Literatür, sağlık harcamalarında nispeten yüksek bir çarpan bulmuştur. Bazı batı ve kuzey AB ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının büyüme oranı korunurken, bu durum son küresel ve Avrupa krizlerinin etkisini azaltmaya yardımcı olmuştur. Ancak güney AB ülkelerinin çoğu sağlık harcamalarını diğer kamu harcama kategorilerinden daha agresif bir şekilde kesmiştir, bu da durgunluklarının derinliğini

artırmış ve uzun vadeli işsizlik ve azalan üretkenlik yoluyla histerezis etkilerine neden olmuş olabilir. Net bir sonuç, mali ayarlamayı gerektiren bir ekonomik kriz durumunda, mali konsolidasyon stratejilerinin sağlık harcamaları da dahil olmak üzere büyük mali çarpanlara sahip harcama kalemlerini korumayı hedeflemesi gerektiğidir.

Sağlık hizmetlerinin makro etkisi, kamu harcamalarının sürdürülebilirliği ve sağlık harcamalarındaki değişikliklerin makroekonomi üzerindeki ani etkisiyle ilgili salt mali yönden çok daha geniştir. Sağlık sistemleri çeşitli kanallar aracılığıyla işgücü katılımını, üretkenliği ve insan sermayesi oluşumunu etkiler ve dolayısıyla genel makroekonomik sonuçları etkilemektedir. Sağlıklı yaşam tarzları ve risk faktörleri konusunda eğitim gibi sağlık okuryazarlığını geliştirmek esastır. Sağlık sistemleri tartışmalarının hem fırsat maliyetlerini hem de sağlığa yatırım yapmanın ekonomik değerini dikkate alması önemlidir.



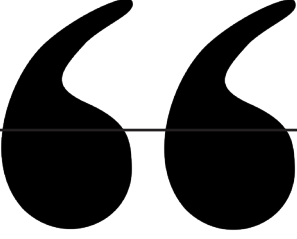
## Kaynakça

- Afzal, W. (2015). *Genel bilgi asimetrisi teorisine doğru*. M.N. Al-Suqri & A.S. Al-Aufi, Bilgi arama davranışı ve teknoloji benimseme: Teoriler ve eğilimler. IGI Global.
- Ağır, H., & Tıraş, H. H. (2018). Türkiye’de sağlık harcama türlerinin değerlendirilmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15 (2), 643-670
- Alp, S. (2010). Avusturya okulu bilgi teorileri ve Akerlof’un limon pazarı modelinin e-ticaret çerçevesinde değerlendirilmesi. *Osmangazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5 (1), 175-190.
- Alp, S., & Karakaş, A. (2008). Hayek’in asimetrik bilgi teorisine ekonomik yaklaşımları: karşılaştırmalı bir analiz. *Liberal Düşünce Dergisi*, 5 (52), 215-230
- Ateş, M. (2011). *Sağlık sistemleri*. Beta Basım Basım Yayın Dağıtım Anonim Şirketi.
- Bakan, İ., & Büyükmeşe, T. (2010). Liderlik “tipleri” ve “güç kaynakları” ile ilgili mevcut ve gelecekteki durumun karşılaştırılması: Eğitim kurumu yöneticilerinin algılarına dayalı bir saha çalışması. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12 (19), 73-84.
- Bilgili, E., & Ecevit, E. (2009). Sağlık hizmetleri pazarında asimetrik bilgi ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228
- Çevik, A., & Yüksel, C. (2021). Yarı kamusal mallar ve asimetrik bilgi arasındaki ilişki bağlamında sağlık hizmetleri. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11 (21), 85-107.
- Darvas, Z., Moës, N., Myachenkova, Y. ve Pichler, D. (2018). The macroeconomic implications of healthcare. *Policy Contribution*. 1-22
- Demirel Değirmenci, S. (2020). *Sağlık hizmetlerinde reform: temel sağlık hizmetleri (BHC) üzerine bir inceleme*, Yayınlanmamış Tez. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı
- Demirel Değirmenci, S. (2024). Asymmetric Information and Privatization of Health Care. *Bulletin of Economic Theory and Analysis*, 9(1), 171-184.
- Gelegen, K. (2019). *Türkiye’de Özelleştirme Sürecinin Sağlık Hizmetleri Alanına Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.
- Karahan, Ö. (2006). Asimetrik bilgi ve para politikasının etkinliği. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 13 (2), 151-163
- Kazgan, G. (1997). *Ekonomik düşüncenin veya politik ekonominin evrimi*. Remzi Kitabevi.
- Knebelmann, J. and C. Prinz (2016) *The Impact of Depression on Employment of Older Workers in Europe’ OECD Social, Employment and Migration Working Papers*



- (170), Brussels: Organisation for Economic Co-operation and Development
- Morris, S., M. Sutton and H. Gravelle (2005) Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation, *Social Science & Medicine* 60(6): 1251-1266
- OECD/EU (2016) *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, Brussels: Organisation for Economic Co-operation and Development
- Özcan, K. (2008). *Entelektüel sermaye: teori geliştirme ve yeni perspektifler*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Özcan, S., & Taş, Y. (2013). Sağlık sektöründe bilgi asimetrisinin hasta memnuniyetine etkisi: Yalova ağız ve diş sağlığı merkezinde bir uygulama, *Uluslararası Avrasya Ekonomileri Konferansı*, 822-831.
- Reeves, A., S. Basu, M. McKee, C. Meissner and D. Stuckler (2013) Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Globalization and Health* 9(1): 43
- Şimşek, S., & Karakaş, A. (2007). Asimetrik bilgi-güç ve kurumsal düzenleme hakkında. *TÜHİS Çalışma Hukuku ve Ekonomi Dergisi*, 20(4-5), 21-27
- Sırakaya, İ. R. (2015). *Aile hekimliği uygulamasının yeni kamu yönetimi açısından değerlendirilmesi: Sakarya ilinde bir araştırma*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Skirbekk, V. (2004). Age and individual productivity: A literature survey. *Vienna Yearbook of Population Research*. 133-153
- Spasova, S., D. Bouget and B. Vanhercke (2016) *Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union, Background report for the Social Protection Committee's In-depth Review on sickness benefits*, European Social Policy Network (ESPN), European Commission
- Stuckler, D., A. Reeves and M. McKee (2017) Social and economic multipliers: What they are and why they are important for health policy in Europe. *Scandinavian Journal of Public Health* 45(18). 17-21
- Suhrcke, M., M. McKee, J. Mortensen, R. S. Arce and S. Tsovala (2005) *The contribution of health to the economy in the European Union*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- Tekin, M., K. Güleş, H. & Ögüt, A. (2014), *Değişim çağında teknoloji yönetimi*. Ankara: Gazi Kitabevi
- Ünsal, M. E. (2007), *Ekonomiye Giriş*. İstanbul: İmaj Yayıncılık
- WHO (World Health Organisation), (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*
- Yereli, A. B., Köktaş, A. M. & Selçuk, I. Ş. (2014). Türkiye'de felaket sağlık harcamalarını etkileyen faktörler. *Sosyo-Ekonomi Dergisi*. 22(22), 276-293.





## Bölüm 2

### **COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE AİLE HEKİMLİĞİNDEN MEMNUNİYETE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA: KAHRAMANMARAŞ ÖRNEĞİ**

*Fatih ŞANTAŞ<sup>1</sup>*

*Melike AVAN<sup>2</sup>*

*Gülcan ŞANTAŞ<sup>3</sup>*

1 Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, Yozgat, ORCID:  
0000-0002-0595-4183

2 Yüksek Lisans Yozgat Bozok Üniversitesi LEE Sağlık Yönetimi ABD, Yozgat, ORCID:  
0000-0002-5181-339X

3 Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, Yozgat, ORCID:  
0000-0002-0488-9375

## GİRİŞ

Aile hekimliğinin, 1923 yılında Francis Peabody tarafından bireysel sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç dile getirilerek branşlaşma sonucu kapsam dışı olan hastalara çözüm amacı ile geliştiği söylenebilir (Etçioğlu et al., 2021). İngiltere’de 1947’de “Royal College of General Practice” adıyla aile hekimleri kraliyet koleji kurulmasıyla, 1950’li yıllarda aile hekimliği sisteminin daha yaygın ve kapsamlı hale geldiği söylenebilir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1960’lı yıllarda ayrı bir disiplin oluşturularak Aile Hekimliği Kurulu oluşturulmuştur. Edinburg’ta 1963 yılında ilk aile hekimliği bölümü açılmıştır. İngiltere’de 1965 yılında aile hekimliği, uzmanlık dalı olarak tanınmıştır. Kazakistan’da 1978 yılında yapılan temel sağlık hizmetleri uluslararası konferansında “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığıyla hedef ve stratejiler belirlenmiş olup, “Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesi”nin imzalanmasıyla tüm dünyada çalışmalar başlatılmıştır (Aktaş & Çakır, 2012; Dikici et al., 2007).

Türkiye’de aile hekimliği sistemine geçiş sürecinde ilk uygulamanın 1960’lı yıllarda Prof. Dr. Nusret Fişek öncülüğünde ‘toplum hekimliği’ adı altında “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasasının” bütüncül hasta yaklaşımı anlayışı gösterilebilir (Aktaş & Çakır, 2012). Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde (1983) aile hekimliği, uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve eğitim süreleri düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ankara, İstanbul ve İzmir Eğitim Araştırma Hastanelerinde 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimlerine başlanmıştır. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) 1998’de kurularak ülkemizi temsil etme yetkisi verilmiştir (Ak, 2010; Covid-19 (Sars-CoV2 Enfeksiyonu) Rehberi, 2020; Dikici et al., 2007). Aile hekimliği uygulamasına geçiş, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) ile olmuştur. Bu kapsamda 2005 yılında Düzce, pilot il olarak belirlenmiş ve aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Aile hekimliği uygulamasına, 2010 yılı itibari ile ülke genelinde geçiş sağlanmıştır (*Covid-19 Sars-Cov2 Enfeksiyonu Rehberi*, 2020).

Aile hekimliğinde, bireylere aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı/çalışanları tarafından çeşitli düzeylerde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Aile hekimliği; entegre, doğrudan erişilebilir, bireysel ve toplumsal odaklı, yaş, cinsiyet, hastalık fark etmeksizin her bireye kapsamlı ve sürekli hizmet vermekle görevli sağlık çalışanlarından oluşan hizmet sunum modeli olarak ifade edilmektedir (Dikici et al., 2007; Soysal et al., 2016). Aile hekimliği uygulaması ile koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesi (Delican et al., 2019; Soysal et al., 2016; Üstü et al., 2016) ve sağlığın korunması ve geliştirilmesine uygun ortam sağlanarak sağlıklı bir toplum, sürdürülebilir hizmet alımı ve sağlık harcamalarının azaltılması hedeflenmektedir (Aktura, 2020; Üstü et al., 2016). Aile hekimliği sisteminin başarısı; toplumun değişim ve esnekliğine, sağlık sistemine, tasarlanma şekline göre her ülkede farklılık göstermektedir (Soysal et al., 2016). Aile hekimliği sistemi, kaliteli eğitim programları ve ör-

gütlenme yapısı bakımından güçlü olan ülkelerde daha başarılı olabilmektedir (Aktura, 2020; Üstü et al., 2016).

Tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 birçok sektörü etkilediği gibi sağlık hizmet sunumunda da değişiklikler meydana getirmiştir. Öncelikle birincil koruma sağlamak amacıyla Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) kullanımının sağlık çalışanlarından başlayıp tüm toplumu kapsayacak hale getirilmesi hedeflenmiştir. Sağlık sisteminin ilk temas noktası olan aile hekimliğinde KKE kullanımı sağlanarak aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin maske takması zorunlu hale getirilmiştir. Aile sağlığı merkezine başvuran bireylere triyaj sistemi uygulanmıştır. İl sağlık müdürlükleri tarafından kaynağın tespit edilerek izole edilmesi amacıyla ekipler kurularak filyasyon uygulanmıştır. Pandemi sürecinde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları da Bakanlığın belirlediği değerlendirme ölçütüne göre günlük hasta takibi yaparak hastalığın belirtileri (ateş, öksürük, solunum vb) 'Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kayıt altına alınmıştır. Temaslı takibi, evde hasta izlemi ve filyasyon rehberleri doğrultusunda karantina koşulları, hastalığın gidişatı ve dikkat edilmesi gerekenler hakkında bireylere bilgilendirmeler yapılmıştır (Aktura, 2020; Güler et al., 2020; Samancı, 2020). Yaşanan pandemi süreci; tele-tıp uygulamalarını gerekli kılmış, uzaktan iletişim kurularak e-reçete ve uzaktan rapor uygulaması ile karantina dönemindeki hastalara hekimin uygun gördüğü rapor ve ilaç desteği sağlanmıştır (Pervane & Çelepkolu, 2021). Pandemi sürecinde aile sağlığı merkezlerinde toplum sağlığı merkezlerinin onayı ile birkaç ay esnek mesai uygulamasına geçilmiştir. Esnek mesai uygulaması aile sağlığı merkezinde çalışan bütün aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarını kapsayıp güneşli çalışma şeklinde uygulanmıştır. Rutin bebeklik ve çocukluk çağı aşılama hizmeti devam ederek Bağışıklama Danışma Kurulu tavsiyesi üzerine ilkökul 1.sınıf ve 8. sınıf okul aşılama aile hekimliği birimlerinde yapılması kararı alınmış ve 1 Temmuz 2020 tarihi ile uygulamaya başlanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aşılama, gebe izlem, bebek ve çocuk izlem için randevu sistemi uygulanarak yoğunluk riskini azaltmak amaçlanmıştır (Samancı, 2020). 65 yaş üstü ve kronik hastalığı olan kişilere pnömokok aşısı yapılmıştır. İnfluenza aşısı, e-nabız sisteminden sorgulama yapılarak öncelikli olarak belirlenen risk grubuna göre kademeli olarak aşılama yapılması öngörülmüştür (*Aşılama Takviminde Değişiklik Yapıldı*, 2020; Güler et al., 2020).

Farklı ülkelerde uzun yıllardır uygulanan ve Türkiye'de 1960'lardan itibaren uygulanan sağlık ocağı sisteminin yerini alan aile hekimliği sisteminin avantaj ve dezavantajları ve sistemden memnuniyet çeşitli çalışmalarda ele alınmıştır (Aktaş & Çakır, 2012; Aktürk et al. 2002; Ardahan et al., 2018). Olağan uygulama ve yönetimin dışında aile hekimliği sisteminde başta aile hekimleri olmak üzere çalışan kişiler de 2020 yılında tüm sektörleri, işletmeleri ve neredeyse hayatın her alanını etkileyen pandemi ile karşı karşıya kalmıştır. Bu süreçte kişilere yönelik sunulan sağlık hizmetlerinin yanında kişileri

pandemiden koruma ve hastalık sürecindeki kişilerin takibi de aile hekimliğinin görevleri arasında yer almıştır. Bu olağandışı süreçte aile hekimliğinden beklenti farklılaştığı için aile hekimliğinden memnuniyetin de farklılaşması olasılık dâhilindedir. Gerçekleştirilen bu çalışmada olağan dışı dönem olarak nitelenebilen pandemi döneminde aile hekimi ve aile hekimliğinden memnuniyetin alan araştırması şeklinde ele alınması amaçlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Aile hekimliği uygulaması ile birlikte sağlık ocağı sisteminden farklı olarak sorumlu olduğu her bireyi yakından tanıyan, kişilerin sağlık geçmişlerini bilen, bu kişilerin kullandıkları ilaç ve tedavilerden haberdar olan aile hekiminin kişilere daha doğru birinci basamak sağlık hizmetleri sunacağı, böylece vatandaşların aile hekimliğinden ve genel olarak sağlık sisteminden memnun olacaklarına inanılmıştır. Bununla birlikte, 2020 Mart ayından itibaren Türkiye’de etkisini hissettiren Covid-19 pandemisi tüm alanlarda olduğu gibi aile hekimliği tarafından sunulan hizmetlerde de değişikliklere neden olmuştur. Bu yeni durumun aile hekiminden memnuniyeti etkileyip etkilemediğinin belirlenmesi ve varsa düzeltilmesi ve değiştirilmesi gereken konuların öğrenilmesinin önem arz ettiği düşünülmektedir. Bu kapsamda bu çalışma pandemi sürecinde sağlık hizmeti kullanıcılarının aile hekimliğinden memnuniyet düzeylerinin ve aile hekimliğine bakış açılarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### **Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, Kahramanmaraş merkezinde bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18 yaş üstü bireylerin pandemi döneminde aile hekimliği memnuniyet düzeylerinin ve aile hekimliğine bakış açılarının belirlenmesini amaçlayan keşitsel ve tanımlayıcı türdedir.

### **Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırma, Kahramanmaraş merkezinde bulunan, bir aile hekimliğine kayıtlı 3800 birey araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, %99 güven düzeyinde 560 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde güç analiz de yapılmıştır. Bilindiği gibi yeterli bir güç gerçekte var olan farklılığın tespitinde önemlidir. G-Power 3.1 programı kullanılarak çift kuyruklu hipotez, 0.15 etki büyüklüğü, %1 hata ve %80 güç için hesaplanan örneklem büyüklüğü 511 olmuştur. İlgili aile hekimliğine 01 Haziran-30 Eylül 2021 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 561 bireye ulaşılmıştır. Böylece hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşıldığı söylenebilir.

### **Veri Toplama Aracı**

Araştırmada, veri toplamak için sosyo-demografik bilgi içeren “Tanıtıcı Anket Formu” ve aile hekimliğinden memnuniyeti belirleyebilmek için “EUROPEP Ölçeği” kullanılmıştır. Aktürk ve arkadaşları tarafından 2002 yılında Türkçeye uyarlanmış olan EUROPEP Ölçeği, 16 Avrupa ülkesinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Ölçek, uygulanan ülkelerde hekimlere geri bildirim sunmakta ve kendisini ulusal ve uluslararası normlarla kıyaslama imkânı vermektedir. EUROPEP Ölçeği, hastalardan son altı ay içerisinde aile hekimlerini ve muayenelerini değerlendirmelerini sağlayan ve kendi kendilerine dolduracakları 5’li Likert tipinde 23 sorudan oluşan bir ölçektir. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alpha katsayısı, boyutlar ve tamamı içi 0,800 ve üzerinde hesaplanmıştır.

### **Verilerin Analizi**

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 27.0 paket programı kullanılmıştır. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri frekans dağılımı ile sunulmuştur. Verilerin analizinde; örneklem sayısının fazlalığı, verilerin basıklık ve çarpıklık katsayılarının normal dağılımı göstermesi nedeniyle parametrik testler kullanılmıştır. Öncelikle katılımcıların Covid-19 pandemisi döneminde aile hekimliği ve sağlık kurumlarına yönelik düşüncelerine ilişkin yüzde değerleri arasında farklılık olup olmadığı tek örneklem ki-kare analizi ile incelenmiştir. Aile hekimliği puanları için katılım iki bağımsız grup için iki örneklem arasındaki farkın anlamlılık t-testi ve ikiden fazla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

### **Araştırma İzinleri**

i. Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan 22/08 karar numaralı ve 26.05.2021 tarihli izin alınmıştır.

ii. Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Çalışmaları Komisyonu tarafından 10.02.2022 tarihli ve 4213 sayılı izin alınmıştır.

### **BULGULAR**

Tablo 1’de araştırmanın katılımcılarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların %70’e yakını 29 yaş ve üzerinde, %58’i kadın ve %75’ine yakını ise lise ve üzeri eğitim düzeyindedir. Araştırma kapsamında yer alan kişilerin %82’sinin kronik hastalığı bulunmazken, %56’sı gelirinin giderine eşit olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

DEĞİŞKENLER	Sayı	%
<b>Yaş (yıl)</b>		
≤28	179	31,9
29-40	205	36,5
≥41	177	31,6
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	330	58,8
Erkek	231	41,2
<b>Eğitim</b>		
İlkokul ve altı	66	11,8
Ortaokul	78	13,9
Lise	209	37,3
Üniversite ve üstü	208	37,1
<b>Kronik Hastalık</b>		
Evet	101	18,0
Hayır	460	82,0
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	152	27,1
Gelir gidere eşit	314	56,0
Gelir giderden fazla	95	16,9
<b>Toplam</b>	<b>561</b>	<b>100,0</b>

Tablo 2’de araştırmaya katılan kişilerin pandemi sürecinde aile hekimliği ve aile hekimliği çalışanlarına yönelik düşünceleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde 8 değişken için yapılan tek örneklem ki-kare analiz sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Pandemi sürecinde ihtiyaç durumunda öncelikle aile hekimliğine başvuranların oranı %56,1’dir. Katılımcıların %48’si pandemi sürecinde aile sağlığı merkezine erişiminin, %60,6’sı aile hekimi muayene süresinin ve %46,3’ü ise pandemi sürecinde aile sağlığı merkezi çalışanlarının ayırdığı sürenin değişmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %73,4’ü ASM’de pandemi sürecinde alınan önlemleri yeterli bulmaktadır ve %70,1’i ise Covid-19 belirtileri ortaya çıktığında ilk olarak aile hekimini bilgilendireceğini söylemiştir. Araştırmanın örnekleminde yer alan kişilerin %64,5’i kendisinin ya da yakınının Covid-19 geçirdiğini ve deneklerin %46,2’si ise Covid-19 izlemi kapsamında ASM tarafından arandığını belirtmiştir.



Tablo 2. Katılımcıların Covid-19 Pandemisi Döneminde Aile Hekimliği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Düşüncelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

DEĞİŞKENLER	Sayı	%	Analiz
<b>Pandemi sürecinde öncelikle başvuru yapılan sağlık kurumu</b>			$X^2=178,011$ <b>p= 0,000</b>
Aile sağlığı merkezi	315	56,1	
Devlet hastanesi	189	33,7	
Özel hastane	57	10,2	
<b>Pandemi sürecinde Aile sağlığı merkezinin kullanımı</b>			$X^2=66,225$ <b>p= 0,000</b>
Kullanma durumum arttı	175	31,2	
Kullanma durumum değişmedi	271	48,3	
Kullanma durumum azaldı	115	20,5	
<b>Pandemi sürecinde Aile Hekimi muayene süresi</b>			$X^2=187,797$ <b>p= 0,000</b>
Pandemi öncesine göre arttı	112	20,0	
Pandemi öncesine göre değişmedi	340	60,6	
Pandemi öncesine göre azaldı	109	19,4	
<b>Pandemi sürecinde Aile sağlığı merkezi çalışanları</b>			$X^2=49,701$ <b>p= 0,000</b>
Pandemi öncesine göre aynı zamanı ayırmaktalar	260	46,3	
Pandemi öncesine göre daha az zaman ayırmaktalar	176	31,4	
Pandemi öncesine göre daha fazla zaman ayırmaktalar	125	22,3	
<b>Aile sağlığı merkezinde pandemi için alınan önlemleri yeterli bulma</b>			$X^2=123,296$ <b>p= 0,000</b>
Evet	412	73,4	
Hayır	149	26,6	
<b>Covid-19 belirtileri hissedildiğinde fikir almak için ilk olarak aile hekimliğine haber verme</b>			$X^2=90,241$ <b>p= 0,000</b>
Evet	393	70,1	
Hayır	168	29,9	
<b>Kendisi ya da yakını Covid-19 geçirme</b>			$X^2=47,360$ <b>p= 0,000</b>
Evet	362	64,5	
Hayır	199	35,5	
<b>Covid-19 ile ilgili izlem için Aile Sağlığı Merkezi tarafından aranma</b>			$X^2=67,227$ <b>p= 0,000</b>
Evet	259	46,2	
Hayır	103	18,4	
Cevapsız	199	35,5	
<b>Toplam</b>	<b>561</b>	<b>100,0</b>	

Tablo 3'te EUROPEP ölçeği maddelerine verilen cevapların dağılımı verilmektedir. Tablo incelendiğinde en yüksek ortalamanın “kayıt ve bilgileri gizli tutması”, en düşük ortalamanın ise “doktora telefonla ulaşabilme” maddesinde olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde memnuniyetin orta ve iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

*Tablo 3. EUROPEP Ölçeği Maddelerine Verilen Cevaplara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler*

<b>Maddeler</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>S</b>
M1	561	1,00	5,00	3,80	0,93
M2	561	1,00	5,00	3,80	0,99
M3	561	1,00	5,00	3,92	0,91
M4	561	1,00	5,00	3,83	0,98
M5	561	1,00	5,00	4,01	0,92
M6	561	1,00	5,00	4,09	0,94
M7	561	1,00	5,00	3,83	0,93
M8	561	1,00	5,00	3,85	0,95
M9	561	1,00	5,00	4,05	0,91
M10	561	1,00	5,00	4,08	0,90
M11	561	1,00	5,00	4,08	0,92
M12	561	1,00	5,00	4,04	0,87
M13	561	1,00	5,00	3,96	0,95
M14	561	1,00	5,00	3,72	1,07
M15	561	1,00	5,00	3,87	0,95
M16	561	1,00	5,00	3,85	1,02
M17	561	1,00	5,00	3,91	0,94
M18	561	1,00	5,00	4,01	0,88
M19	561	1,00	5,00	3,93	1,02
M20	561	1,00	5,00	3,69	1,08
M21	561	1,00	5,00	3,47	1,21
M22	561	1,00	5,00	3,62	1,00
M23	561	1,00	5,00	3,88	1,04

Tablo 4'te ölçeğin geneli ve boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmektedir. Boyutlardan “erişim” en düşük, “tıbbi bakım” ise en yüksek ortalamaya sahiptir. Ölçeğin boyutları ve geneli için ortalama değerlere bakıldığında katılımcıların aile hekiminden memnun olduğu söylenebilir.



Evet	3,56	0,82	3,93	0,75	3,61	0,86	3,65	0,92	3,58	0,80	3,50	0,75
Hayır	3,94	0,85	4,01	0,74	3,99	0,84	3,71	0,96	3,98	0,78	3,99	0,72
	t=-2,408 p=0,040		t=-0,985 p=0,325		t=-2,185 p=0,037		t=-0,538 p=0,591		t=-2,132 p=0,028		t=-2,128 p=0,024	
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>												
Gelir giderden az	3,42	0,87	3,64	0,75	3,45	0,86	3,65	0,93	3,79	0,81	3,53	0,73
Gelir gidere eşit	3,89	0,80	4,00	0,71	3,93	0,79	3,72	0,91	3,88	0,74	3,90	0,69
Gelir giderden fazla	3,94	0,95	4,18	0,79	3,88	0,98	3,69	1,13	3,89	0,86	3,99	0,81
	F=5,431 p=0,030 1-3:p=0,019		F=5,076 p=0,035 1-3:p=0,029		F=4,571 p=0,032 1-3:p=0,035		F=0,221 p=0,802		F=0,728 p=0,483		F=4,632 p=0,022 1-3:p=0,017	

Tablo 6'da katılımcıların pandemi döneminde aile hekimliğine yönelik düşünceleri için yapılan analiz sonuçları verilmektedir. Tablo incelendiğinde tüm değişkenler için yapılan analiz sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre pandemi sürecinde ihtiyaç olması durumunda ilk başvuru sağlık kurumunun aile sağlığı merkezi olduğunu söyleyenlerde aile hekiminden memnuniyet daha yüksektir. Pandemi sürecinde aile sağlığı merkezinden hizmet alınmasının, aile hekiminin muayene süresinin ve aile sağlığı merkezi çalışanlarının ayırdığı sürenin azaldığını ifade edenlerde memnuniyetin diğer kategorilere göre daha az olduğu saptanmıştır. Aile hekiminden memnuniyet; pandemi sürecinde aile sağlığı merkezinde alınan önlemleri yeterli bulanlarda, Covid-19 belirtileri hissedildiğinde fikir almak için ilk olarak aile hekimliğine haber vereceğini ifade edenlerde ve kendisi ya da yakını Covid-19 geçirenlerde anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 6. Katılımcıların Covid-19 Pandemisi Döneminde Aile Hekimliğine Yönelik Düşünce ve Davranışlarına İlişkin Yapılan Analiz Sonuçları

Değişkenler	Hekim-hasta ilişkisi		Tıbbi bakım		Bilgilendirme ve destek sağlama		Erişim		Sağlık hizmetlerinin organize edilmesi		Ölçeğin Tümü	
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S
<b>Başvurulan sağ. kurumu</b>												
Aile sağlığı merkezi	3,96	0,85	4,07	0,74	3,99	0,85	3,90	0,99	3,91	0,80	3,95	0,73
Devlet hastanesi	3,82	0,82	3,93	0,74	3,81	0,83	3,67	0,90	3,80	0,75	3,82	0,70
Özel hastane	3,59	0,85	3,79	0,71	3,71	0,77	3,73	0,90	3,64	0,79	3,70	0,72
	F=5,102 p=0,006 1-3:p=0,008		F=4,344 p=0,013 1-3:p=0,027		F=4,391 p=0,013 1-3:p=0,048		F=4,083 p=0,002 1-3:p=0,014		F=3,193 p=0,040 1-3:p=0,026		F=3,471 p=0,032 1-3:p=0,025	

<b>Aile sağlığı merkezinin kullanımı</b>												
Arttı	3,89	0,81	4,04	0,73	4,05	0,83	3,79	0,93	3,97	0,77	3,96	0,69
Değişmedi	3,94	0,82	4,07	0,68	3,92	0,79	3,74	0,93	3,88	0,74	3,93	0,69
Azaldı	3,68	0,94	3,76	0,84	3,63	0,92	3,46	1,00	3,63	0,84	3,65	0,80
	F=3,984 <b>p=0,019</b> 2-3:p=0,014		F=7,474 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,004 2-3:p=0,001		F=8,790 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,001 2-3:p=0,001		F=4,738 <b>p=0,009</b> 1-3:p=0,010 2-3:p=0,023		F=6,869 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,001 2-3:p=0,011		F=7,489 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,001 2-3:p=0,002	
<b>Aile Hekimi muayene süresi</b>												
Arttı	3,89	0,89	4,03	0,75	4,07	0,80	3,68	1,03	3,94	0,79	3,94	0,73
Değişmedi	3,99	0,81	4,09	0,69	3,99	0,80	3,80	0,89	3,93	0,74	3,98	0,68
Azaldı	3,50	0,81	3,66	0,77	3,46	0,86	3,37	1,00	3,52	0,82	3,52	0,73
	F=14,166 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,001 2-3:p=0,001		F=14,869 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,001 2-3:p=0,001		F=19,864 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,001 2-3:p=0,001		F=8,673 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,001 2-3:p=0,001		F=13,021 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,001 2-3:p=0,001		F=17,730 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,001 2-3:p=0,001	
<b>ASM çalışanları</b>												
Aynı zamanı ayırmaktalar	3,91	0,83	4,03	0,73	3,95	0,83	3,69	0,95	3,88	0,74	3,91	0,70
Daha az zaman ayırmaktalar	3,64	0,87	3,78	0,72	3,68	0,84	3,52	0,99	3,65	0,77	3,67	0,71
Daha fazla zaman ayırmaktalar	4,11	0,78	4,23	0,71	4,10	0,80	3,96	0,85	4,08	0,80	4,1179	0,71
	F=12,170 <b>p=0,001</b> 1-2:p=0,002 2-3:p=0,001		F=14,143 <b>p=0,001</b> 1-2:p=0,002 1-3:p=0,034 2-3:p=0,001		F=10,264 <b>p=0,001</b> 1-2:p=0,002 2-3:p=0,001		F=8,123 <b>p=0,001</b> 1-3:p=0,020 2-3:p=0,001		F=11,847 <b>p=0,001</b> 1-2:p=0,006 2-3:p=0,001		F=14,677 <b>p=0,001</b> 1-2:p=0,001 1-3:p=0,0028 2-3:p=0,001	
<b>ASM'deki önlemleri yeterli bulma</b>												
Evet	4,07	0,71	4,15	0,68	4,06	0,79	3,82	0,93	3,98	0,74	4,04	0,66
Hayır	3,32	0,95	3,58	0,75	3,46	0,83	3,35	0,94	3,51	0,79	3,46	0,73
	t=10,030; <b>p=0,001</b>		t=8,461; <b>p=0,001</b>		t=;7,792 <b>p=0,001</b>		t=5,275; <b>p=0,001</b>		t=6,398; <b>p=0,001</b>		t=8,861; <b>p=0,001</b>	
<b>Covid-19 haber verme</b>												
Evet	4,04	0,72	4,12	0,66	4,01	0,80	3,79	0,92	3,94	0,75	4,00	0,66
Hayır	3,48	0,98	3,70	0,83	3,63	0,87	3,47	1,00	3,65	0,81	3,60	0,79
	t=7,411; <b>p=0,001</b>		t=6,442; <b>p=0,001</b>		t=4,948; <b>p=0,001</b>		t=3,658; <b>p=0,001</b>		t=4,183; <b>p=0,001</b>		t=6,224; <b>p=0,001</b>	
<b>Covid-19 geçirme</b>												
Evet	3,99	0,80	4,02	0,69	3,91	0,81	3,96	0,96	3,97	0,75	3,99	0,70
Hayır	3,51	0,92	3,65	0,82	3,59	0,90	3,47	0,95	3,54	0,83	3,56	0,76
	t=2,221; <b>p=0,023</b>		t=2,128; <b>p=0,026</b>		t=;3,263 <b>p=0,033</b>		t=-2,295; <b>p=0,036</b>		t=2,403; <b>p=0,027</b>		t=2,536; <b>p=0,022</b>	

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Pandemi sürecinde sağlık hizmeti kullanıcılarının aile hekimliğinden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yürütülen araştırmanın bu bölümünde; araştırmada ortaya çıkan bulgular ve bu bulgulara yönelik tartışma ve öneriler şu şekildedir:

Çalışmada katılımcılara EUROPEP memnuniyet ölçeği uygulanmadan önce pandemi sürecinde aile hekimliğine yönelik niteliksel şekillerde sorular yöneltilmiştir. Verilen cevaplar, tek örneklem ki-kare testi ile analiz edilmiş ve analizi yapılan sekiz değişken için de istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Pandemi sürecinde katılımcıların yarısından fazlasının ilk başvurduğu sağlık kurumu aile hekimliği olmuştur. Ayrıca katılımcıların büyük kısmı Covid-19 belirtilerini hissettiğinde ilk olarak aile hekimine haber vereceğini ifade etmiştir. Bu durum, aile hekimliğinin kendisinden beklenen rolü yerine getirdiği şeklinde yorumlanabilir. Bilindiği gibi aile hekimliğinin kapı-tutucu (gate-keeper) rolü olup, böylece üst basamaklarda yığılma önlenmektedir.

Katılımcılar pandemi sürecinde aile hekimliği kullanımlarının, aile hekimi ve ASM çalışanlarının kendilerine ayırdıkları sürenin değişmediğini düşünmektedir. Koşullar olağandışı olmakla birlikte hizmet kullanımı ve alınan hizmetin olağan durumla aynı olması pandeminin davranışlarda değişikliğe yol açmadığını göstermektedir. Ayrıca katılımcıların büyük çoğunluğu pandemi sürecinde aile hekimliğinde alınan önlemleri yeterli bulmuş, bu sonuç pandeminin yayılımının durdurulması ve sağlık kurumunda pandemiyle mücadelede bir başarı olarak ifade edilebilir. Katılımcılarda covid-19'a yakalanma anlamlı şekilde yüksektir ve Covid-19 sürecinde aile hekimliği tarafından arandığını söylemişlerdir. Böylece, covid-19 sürecinde kişilerin takibinin yapıldığı ve hastalıkla mücadelede yönlendirildikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin aile sağlığı merkezinden memnuniyet düzeylerinin orta ve iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde araştırmanın bu bulgusunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Allafi et al., 2021; Ardahan et al., 2018; Ayuk et al., 2021; Baltacı et al., 2011; Betiku et al., 2010; Bostan & Havvatoğlu, 2014; Çiftetepe Öztürk, 2018; Günüşen & Üstün, 2010; Iqbal & Qidwai, 2021; Kırılmaz & Öztürk, 2018; Mohammad et al., 2020; Özdemir Ali Rıza, 2018; Soysal et al., 2016; Sparkes et al., 2019; Turgu & Öztora, 2018). Aile hekimliğinde memnuniyet düzeylerinin artmasına etki eden en önemli nedenlerin başında aile hekimliğinde kayıt ve bilgilerin gizli tutulması yer almaktadır. Literatür çalışmaları incelendiğinde araştırma bulguları benzer doğrultuda olan (Günüşen & Üstün, 2010; Kırılmaz & Öztürk, 2018; Mohammad et al., 2020; Özdemir Ali Rıza, 2018) ve farklı sonuçlar bildiren araştırmalarda bulunmaktadır (Hilfi et al., 2019; Iqbal & Qidwai, 2021). En düşük ortalamadaki madde, aile hekimliğinde doktora telefonla ulaşılmasındır. Literatür çalışmaları incelendiğinde araştırma bulgularına benzer doğ-

rultuda olan (Baltacı et al., 2011; Delican et al., 2019; Günüşen & Üstün, 2010; Kırılmaz & Öztürk, 2018; Mohammad et al., 2020; Özdemir Ali Rıza, 2018) ve farklı sonuçlar bildiren araştırmalarda bulunmaktadır (Ayuk et al., 2021; Hilfi et al., 2019; Iqbal & Qidwai, 2021). Bu sonuçlar doğrultusunda bireylerin pandemi koşullarında genel olarak aile hekimliğinden memnuniyet düzeylerinin kabul edilebilir olduğu söylenebilmekle birlikte başta telefonla ulaşamama olmak üzere düşük ortalamadaki maddelere yönelik önlem alınmasının uygun olacağı düşünülmektedir. Özellikle yüz yüze iletişimin kısıtlandığı pandemi koşullarında ve iş ya da sağlık durumları nedeniyle aile hekimliğine gidemeyecek kişiler dikkate alındığında telefonla ulaşım konusuna dikkat edilmesinin önemli olduğu söylenebilir. Bu kapsamda ek personel görevlendirilebileceği gibi mevcut personelin gün içindeki belirli zaman dilimleri telefonla iletişim için ayrılabilir.

Memnuniyet ölçeğinin erişim boyutunun en düşük, tıbbi bakım boyutunun ise en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Çalışmaya benzer olarak Mohammad ve ark. (2020) Musul'da aile hekimliği merkezlerindeki hastaların doktorlara olan memnuniyet düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada erişilebilirlik boyutunun diğer boyutlara kıyasla en düşük memnuniyet oranına sahip olduğu bildirilmiştir (Mohammad et al., 2020). Bu açıdan bakıldığında aile hekimliği sisteminde bireylerin aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarının erişilebilir olmasının bireylerin aile hekimliğinden memnuniyet düzeylerini arttıracığı düşünülmektedir. Buna göre aile hekimliğinden randevu, hekim ve çalışanlara telefonla ulaşabilme konularına önem verilmesi önerilmektedir.

Araştırmada katılımcıların aile hekimliğinden memnuniyetlerinin cinsiyet, kronik hastalık ve gelir değişkenlerine göre farklılaşmaktadır. Kadınlar, kronik hastalığı olmayanlar ve geliri giderinden fazla olanların aile hekiminden memnuniyetinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatür çalışmaları incelendiğinde cinsiyetin (Iqbal & Qidwai, 2021; Turgu & Öztora, 2018), kronik hastalık durumunun (Bograin et al., 2019; Turgu & Öztora, 2018) ve gelir durumunun (Allafi et al., 2021; Betiku et al., 2010; Iqbal & Qidwai, 2021; Soysal et al., 2016; Turgu & Öztora, 2018) memnuniyet düzeyine etkisinin olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Bununla birlikte bu çalışma ile aynı doğrultuda olmayan yaş (Ardahan et al., 2018; Çiftetepe Öztürk, 2018; Günüşen & Üstün, 2010; Soysal et al., 2016; Turgu & Öztora, 2018) ve eğitim düzeylerinin (Ardahan et al., 2018; Günüşen & Üstün, 2010; Iqbal & Qidwai, 2021; Soysal et al., 2016; Turgu & Öztora, 2018) memnuniyet düzeyine etkisinin olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Kadınların aile hekiminden daha fazla memnun olmasının kendisi ve özellikle çocuklarının doğum öncesi, doğum ve sonraki süreçte takibi nedeniyle aile hekimi ve çalışanları ile daha fazla iletişim kurmasından kaynaklanabildiği düşünülmektedir. Kronik hastalığı olmayanların memnuniyet düzeyinin fazla olmasında ise kronik hastalığı olanlara

göre sağlıklarının daha iyi olmasının ve sürekli ilaç ya da tıbbi yardıma ihtiyaç duymamalarının etki ettiği yorumu yapılabilmektedir. Gelir açısından iyi durumda olan bireylerin memnuniyetlerinin yüksek olmasında ise genel olarak geliri yüksek olan kişilerin sağlıklarının daha iyi olmasının (yoksulluğun kötü sağlığa neden olması) ve daha az tıbbi bakıma ihtiyaç duyulmasının etki ettiği düşünülmektedir.

Katılımcıların pandemi sürecinde ihtiyaç olması durumunda ilk başvuru- lan sağlık kurumunun aile sağlığı merkezi olduğunu söyleyenlerde aile hekimliğinden memnuniyetinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmaya benzer şekilde Ardahan ve ark. (2018) yaptığı çalışmada ilk başvuru- lan aile sağlığı merkezi olması hastaların memnuniyet düzeylerini önemli ölçüde değiştirdiğini bildirmiştir (Ardahan et al., 2018). Bununla birlikte yapı- lan çalışmalarda aile hekimliğinden memnuniyet düzeyinin, aile hekimliğinde sağlık hizmeti sunumuna bağlı olarak değiştiği bildirilmiştir (Ayuk et al., 2021; Hilfi et al., 2019; Sparkes et al., 2019). Bograin ve ark. (2019) yaptığı çalışmada; bireylerin çoğunluğunun toplumu tehdit eden herhangi bir hastalığın erken teşhisinde aile hekiminin rolü olduğunu bildirmiştir. Bu açıdan bakıldığında aile hekimliği sistemine toplumun güvendiği söylenebilir.

Covid-19 pandemi döneminde aile sağlığı merkezinden hizmet alınmasının, aile hekiminin muayene süresinin ve aile sağlığı merkezi çalışanlarının hasta- lara ayırdığı sürenin azaldığını düşünen katılımcılarda memnuniyetin diğer kategorilere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun pandeminin yarattığı kısıtlılıklar, izolasyon önlemleri, başka bireylerle temas sürelerinin kısıtlanması, koruyucu ekipmana ulaşma zorluğu, koruyucu ekipmanların her hastada değiştirilmesi ve esnek mesai çalışma sisteminden kaynaklandığı dü- şünülmektedir.

Pandemi döneminde aile sağlığı merkezinde alınan önlemleri yeterli bu- lanlarda, Covid-19 belirtileri hissedildiğinde fikir almak için ilk olarak aile he- kimliğine haber vereceğini ifade edenlerde ve kendisi ya da yakını Covid-19 geçirenlerde aile hekiminden memnuniyet önemli şekilde daha yüksek oldu- ğu görülmektedir. Pandemiye aile sağlığı merkezlerinin Covid-19 hastalığı- na karşı hızlı bir şekilde tedbirlerin alınması, hastalığa yönelik bilgi afişlerin asılması, koruyucu ekipmanların kullanılması, pandemi süreci boyunca hasta ve temaslı bireylerin telefonla aranması, gerekli bilgilerin verilmesinden kay- naklandığı düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda genel olarak katılımcıların pandemi döneminde aile hekimliğinden memnuniyetinin yeterli olduğu görülmekle birlikte başta aile hekimine telefonla ulaşım olmak üzere bazı hususlardan memnuniyetin az ol- duğu görülmüştür. Ayrıca aile hekimliğinden memnuniyet üzerinde katılımcı- ların kişisel ve demografik özelliklerinin ve pandemi sürecinde aile hekimliği- ne yönelik düşünce ve davranışlarının etkili olduğu saptanmıştır.



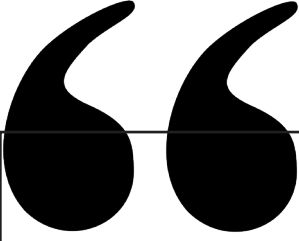
Bu sonuçlar doğrultusunda; aile hekimi sayısının arttırılarak aile hekime başına düşen nüfusun azaltılması ve böylece aile hekiminin sorumlu olduğu kişilere daha fazla zaman ayırabilmesi, bireylerin sağlık merkezine erişim olanaklarının (tele tıp vb. uygulamalar) arttırılması, bireylere aile hekimliğini nasıl kullanması gerektiği konularında tanıtıcı broşürler, afişler hazırlanması ve eğitimler verilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Ak, M. (2010). Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(4), 403–408. <http://www.woncaeurope.org/Definition-GP-FM.htm>.
- Aktaş, E. Ö., & Çakır, G. (2012). Aile Hekimlerinin, Aile hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması. *Ege Tıp Dergisi*, 51(1), 21–29. <http://egetipdergisi.com.tr/tr/issue/31431/343922>
- Aktura, B. (2020). Aile Hekimliği Merkezlerinde Pandemi Yönetimi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 11(1), 45–47. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.20.00145>
- Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Şahin, E. M., Özer, C., Yaman, H., Göktaş, O., Filiz, T. M., Topsever, P., Onganer, E., Aydın, S., Yarış, F., & Maraş, İ. (2002). Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor: Europep Ölçeği. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi*, 1(1), 152–160.
- Allafi, A. H., Alqhatani, J. S., Alruwayshid, M. S., Alshuniefi, A. S., Alarik, E. F., Alreshidi, F., Almughais, E. S., & AlQudairy, R. A. (2021). Patient satisfaction with services at the Family Medicine Employee Clinic in a tertiary hospital in Riyadh. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 1754–1758. <https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc>
- Ardahan, M., Arabacı, Z., & Saka, M. C. (2018). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(40), 53–70.
- Arpacıoğlu, M. S., Baltacı, Z., & Ünübol, B. (2021). COVID - 19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik , Covid korkusu , depresyon , mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Çukurova Medikal Journal*, 46(1), 88–100. <https://doi.org/10.17826/cumj.785609>
- Aşılama Takviminde Değişiklik Yapıldı. (2020). T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/asilama-takviminde-degisiklik-yapildi.html>
- Ayuk, A. E., Omoronyia, O., Bisong, E. M., Okoi, N. O., Nwafor, K., Emedosi, K., & Ayuk, P. A. (2021). Holistic approach to improved patient satisfaction in family medicine clinic: Findings from a tertiary facility-based survey in Calabar, Nigeria. *Calabar Journal of Health Sciences*, 4(2), 57–63. [https://doi.org/10.25259/cjhs\\_26\\_2020](https://doi.org/10.25259/cjhs_26_2020)
- Baltacı, D., Kara, İ. H., Sayın, S., Yılmaz, A., & Çeler, A. (2011). Düzce ilinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi; Pilot Çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(2), 9–15. <https://dergipark.org.tr/ktd/issue/10306/126440>
- Betiku, A. O., Folashade, A. B., Aribaba, O. T., Jagun, O. O., & Oduyoye, O. O. (2010). An assessment of client satisfaction with services at a model primary health care centre in Ogun State, Nigeria. *Nigerian Quarterly Journal of Hospital Medicine*, 20(1), 13–18. <https://doi.org/10.4314/nqjhm.v20i1.57983>

- Bograin, K., Almohsin, R., Al-Khabbaz, Z., Allabad, F., AlShaikh, E., Sarhan, Z., Alkhamies, F., Buali, Z., & Almobarak, Z. (2019). Perception, attitude, and satisfaction of the public from family medicine in Saudi Arabia. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 3(December 2018), 279–283. <https://doi.org/10.24911/ijmdc.51-1544649533>
- Bostan, S., & Havvatoğlu, K. (2014). Europep Aile Hekimliği Memnuniyeti Ölçeğine Göre Gümüşhane Aile Hekimliği Memnuniyet Araştırması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1067–1078. <https://dergipark.org.tr/gumussagbil/issue/23831/253881>
- Çiftetepe Öztürk, D. (2018). *Aile Hekimlerinin İletişim Becerilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi (Edirne İl Merkezi Örneği)*. Trakya Üniversitesi.
- Covid-19 (Sars-CoV2 Enfeksiyonu) Rehberi*. (2020). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü- Bilim Kurulu. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/covid-19-rehberi.html>
- Delican, O., Yapakçı, A., Yılmaz, E., Altun, A., Kesen, C. H., & Atal, S. S. (2019). Ailelerin Aile Hekimliği'nden Hizmet Alımı ve Memnuniyeti. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(1), 18–34. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.19.00118>
- Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoglu, A. S., & Yariş, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 27(3), 412–418.
- Etçioğlu, E., Aydın, A., Ekerbiçer, H., Özen, F., Aydın, M. R., Köse, E., & Muratdağı, G. (2021). Aile Hekimlerinin Çalışma Şartlarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Araştırma. *Sakarya Medical Journal*. <https://doi.org/10.31832/smj.893432>
- Güler, S., Topuz, İ., & Ulusoy, F. (2020). Covid-19 Pandemisinde Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Deneyimleri. *HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ*, 2(3), 143–151.
- Güngör, S., Avan, H., & Arın, V. (2021). COVID-19 Salgını Sonrası Paramedik Öğrencilerinin Mesleğe Bakış Açılarının Belirlenmesi. *Journal of Health Services and Education*, 5(1), 13–19. <https://doi.org/10.29228/JOHSE.5>
- Günüşen, N. P., & Üstün, B. (2010). Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(1), 40–51.
- Hilfi, R. A. Al, Mahmoud, R. A., & Hamadi, N. Q. Al. (2019). Measuring the level of patient's satisfaction for those attending primary health centers versus family medicine centers in Basrah governorate. *The Medical Journal of Basrah University*, 37(2), 74–80. <https://doi.org/10.33762/mjbu.2019.163357>
- Iqbal, S. P., & Qidwai, W. (2021). The Influence of Socio-Demographic Characteristics on Patient Satisfaction in Family Medicine Clinics of Karachi. *Liaquat National Journal of Primary Care*, 13–19. <https://doi.org/10.37184/lnjpc.2707-3521.3.6>
- Kırılmaz, H., & Öztürk, K. (2018). Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma. *Health Care Academician Journal*, 5(1), 60. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1513851202>

- Mohammad, M., ali, firas, & yahia, ammar. (2020). Patients satisfaction to quality of health services of family doctors in family medicine centers in left side of Mosul city. *Annals of the College of Medicine, Mosul*, 42(1), 76–81. <https://doi.org/10.33899/mmed.2020.126482.1015>
- Özdemir Ali Rıza. (2018). *Sağlıkta Dönüşüm Programında Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği*. Pamukkale Üniversitesi.
- Pervane, V. D., & Çelepkolu, T. (2021). COVID-19 ' da Ayaktan Tedavi. *Dicle Tıp Dergisi*, 48(Özel Sayı), 39–48. <https://doi.org/10.5798/dicletip>.
- Samancı, V. M. (2020). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Pandemi Süreci. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(S1), 391–393. <https://doi.org/10.18521/ktd.753605>
- Soysal, A., Kırac, R., & Alu, A. (2016). Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi ve Diyarbakır halkının Aile Hekimliği sistemine olan memnuniyet ölçüleri. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(10), 76–88.
- Sparkes, S. P., Atun, R., & Bärnighausen, T. (2019). The impact of the Family Medicine Model on patient satisfaction in Turkey: Panel analysis with province fixed effects. *PLoS ONE*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210563>
- Turgu, S., & Öztora, S. (2018). Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 78–91. <https://doi.org/10.15511/tahd.18.00278>
- Üstü, Y., Uğurlu, M., & Keskin, A. (2016). Aile Hekimliği Uygulamasında Geliştirilmesi Gereken Noktalar. *Ankara Medical Journal*, 16(1). <https://doi.org/10.17098/amj.04900>



## *Bölüm 3*

### **DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET YÖNETİMİNİN YERİ**

*Hakan KAÇAK*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hakan KAÇAK, Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Akreditasyon, Akademik Değerlendirme ve Kalite Koordinatörlüğü, ORCID: 0000-0001-6415-7224

## GİRİŞ

Dünya nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve sürekli gelişen tıbbi teknolojiler, ilaçlar ve standartlar, sağlık hizmetlerine olan talebi ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğiyle ilişkili endişeleri artırmaktadır. Politika yapımcılar ve sağlık hizmeti sunucuları bu gelişmelere cevap vermekte zorlanmaktadır. Bu durum ise sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanan bakım kalitesinin düşmesine, maliyetlerin artmasına ve hastaların sağlık hizmet memnuniyetinde azalmalara yol açmaktadır (Tierney, 2018). Sürdürülebilir bir sağlık sistemi için sağlık sektörünün verimlilik ve etkililiğinde hızlı ve köklü iyileştirmeler gerekmektedir. Ayrıca, daha adil ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti için de sınırlı kaynakların tahsisi optimize edilmelidir (European Commission, 2019, Esposti ve Banfi, G., 2020).

Sağlık hizmet maliyetleri, ülke GSYİH'lerinden daha hızlı artmaktadır. ABD, Fransa ve Japonya gibi birçok gelişmiş ülkede GSYİH'nin %10'undan fazlası sağlık hizmetlerine harcanmaktadır. Sağlık harcamaları, kalite ve sağlık sonuçlar ile net bir korelasyon olmaksızın artmaya devam etmektedir (Tierney, 2018). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü ve OECD verilerine göre sağlık hizmetleri için harcanan kaynakların yaklaşık %30'unun önlenebilir komplikasyonlar, gereksiz tedaviler veya yönetsel etkinsizlikler nedeniyle israf edildiğini tahmin edilmektedir (EIT Health, 2020).

Sağlık harcama trendi ve israf/ gereksiz hizmet kaynaklı bu artış sağlanan hizmetlerin hacminden ziyade ortaya konan değerini daha önemli hale getirmiştir. Bu nedenle birçok ülke, ulusal sağlık sistemlerini değer temelli yaklaşımlarla uyumlu hale getirmeye çabalamaktadır. Sağlık sonuçlarına odaklanan Değer Temelli Sağlık Hizmetleri, sağlık hizmeti sağlayıcılarının maliyet artışlarını yönetmesine, sınırlı kaynakları en iyi şekilde kullanmasına ve hastalara daha iyi bakım sunmasına yardımcı olmaktadır (Economist Intelligence Unit, 2016).

Değer temelli bakım, gereksiz harcamaları azaltmayı ve sağlık sistemlerinin genel verimliliğini artırmayı hedefleyerek nicelikten ziyade sunulan bakımın kalitesini vurgu yapan bir yaklaşımdır. Değere dayalı sağlık hizmetlerine yönelmenin amacı, sağlık hizmetleri sisteminin hastalar için daha fazla değer yaratmasını sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinde değer artırılması ulaşılamaz ütöpik bir ideal değildir. Dünyanın dört bir yanında, çeşitli geri ödeme kuruluşları, düzenleyici yapılar ve farklı bakım geleneğine sahip birçok sağlık hizmeti sunucusu, düşük maliyetlerle iyi sağlık sonuçları ortaya koymaktadır (Teisberg, 2020).

## DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETİ

İlk olarak Harvard Üniversitesi'nin strateji gurusu Michael Porter tarafından sağlık hizmetleri bağlamı dışında ortaya atılan değer zinciri kavramı

daha sonraları sağlık hizmetlerine uyarlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde değer zinciri kavramı değer bazlı satın alma fikrini de içerecek şekilde genişletilmiştir (Young, 2014).

Mali olarak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak ve yeniliklere finansman sağlamak için kaynakları daha düşük değerli sağlık hizmetlerinden yüksek değerli sağlık hizmetlerine kaydırmak gerekmektedir (European Commission, 2019). Michael Porter ve Elizabeth Teisberg sağlık hizmetlerinde rekabetin değer temelli olması ve kuruluşların elde ettikleri sonuçlara göre ödüllendirilmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir (Young, 2014).

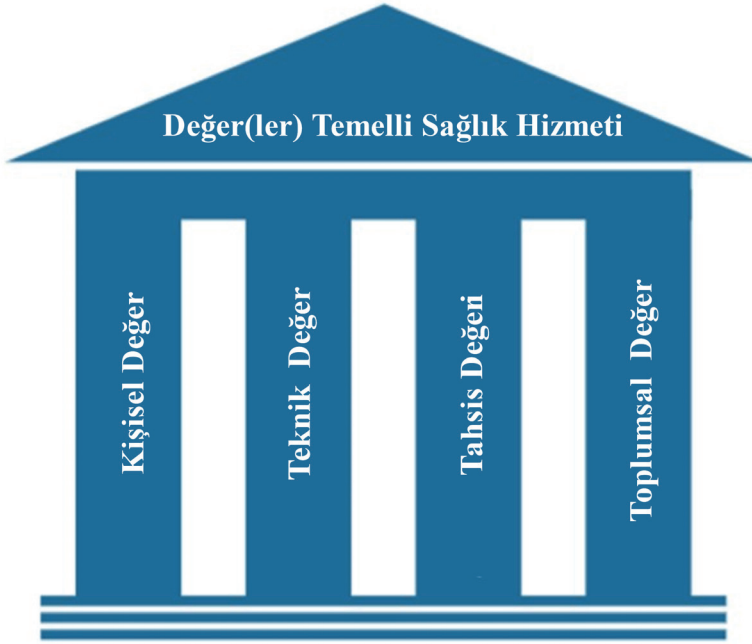
Değer temelli sağlık hizmeti kavramını ayrıntılı tartışmadan önce değer kavramını incelemekte fayda vardır.

### **Sağlık Hizmetlerinde Değer**

Değer, harcanan finansal kaynak başına elde edilen sağlık sonuçları olarak tanımlanmaktadır. Bu hedef hastalar için önemlidir ve sistemdeki tüm paydaşların çıkarlarını birleştirir. Değer artarsa hastalar, ödeyiciler, hizmet sağlayıcılar ve tedarikçiler bundan fayda sağlarken sağlık sisteminin ekonomik sürdürülebilirliği de artar (Porter, 2010). Değer, girdilere değil sonuçlara bağlı olduğundan, sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetlerin hacmiyle değil elde edilen sonuçlarla ölçülür ve odağı hacimden değere kaydırmaktadır (Porter, 2010).

Değeri tanımlamak için dört sütunu üzerine inşa edilmiş kapsamlı bir değer(ler) kavramı önerilebilir (Şekil 1) (European Commission, 2019):

- a) Tahsis Değeri: Bütün hasta grupları için kaynakların herkes arasında eşit dağılımı.
- b) Teknik Değer: Mevcut kaynaklar ile mümkün olan en iyi sonuçların elde edilmesi.
- c) Kişisel Değer: Hastaların kişisel ihtiyaçlarını karşılamak için uygun bakım hedefleri.
- d) Toplumsal Değer: Sağlık hizmetlerinin toplumsal katkısı.



Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinde Değerler

**Kaynak:** European Commission (2019) Defining Value in ‘Value-Based Healthcare’ Opinion by Expert Panel on Effective Ways Of Investing in Health (EXPH)

Değer, katlanılan maliyetlerle elde edilen sonuçlar olarak tanımlandığında, verimliliği de kapsar. Elde edilen sonuçlara bakılmaksızın maliyetlerin düşürülmesi tehlikeli ve etkisiz bir durumdur; sahte “tasarruflara” yol açar ve etkili bakım potansiyelini sınırlandırır. Ayrıca, maliyet tek tek hizmetlerin maliyetini değil, hastanın tıbbi durumu için tüm bakım döngüsünün toplam maliyetini ifade eder. Maliyeti azaltmak için en iyi yaklaşım genellikle bazı hizmetlere daha fazla harcama yaparak diğerlerine olan ihtiyacı azaltmaktır (Porter, 2010).

Aslında, sağlık hizmetlerinde maliyetleri gerçekten kontrol altına almanın tek yolu sonuçları iyileştirmektir: değere dayalı bir sistemde, iyi sağlığa ulaşmak ve bunu sürdürmek, kötü sağlıkla uğraşmaktan daha az maliyetlidir (Porter, 2009).

Tıbbi müdahaleleri değerlendirirken maliyet ve değer arasındaki ayrım kritik önem taşımaktadır (Tablo 1). Bazı yüksek maliyetli müdahaleler doğru ortamda son derece faydalıdır. Örneğin; bir MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme) taraması, şüpheli bir epidural apsenin (omurilik çevresinde enfekte irin toplanması) değerlendirilmesi için mükemmel bir değer sağlarken aynı



uygulama genel bir bel ağrısının rutin değerlendirmesinde kullanıldığında sonuçları iyileştirmediği için düşük değerli olarak kabul edilir. Öte yandan, maliyeti ne olursa olsun tipik olarak düşük değerli olan başka müdahaleler de vardır, çünkü bunlar neredeyse hiçbir koşulda hasta sonuçlarını iyileştirmez ve hatta zarara neden olabilir (Moriates vd. 2015).

**Tablo 1** *Tıbbi Müdahalelerin Maliyeti, Faydası ve Değeri*

Maliyet	Net Fayda	Değer	Örnek
Yüksek	Yüksek	Genellikle yüksek değerlidir, ancak duruma ve maliyetler ile faydalar arasındaki ilişkiye bağlıdır	Yüksek değer: Epidural apse için MR
	Düşük	Düşük	Düşük değerli: Bel ağrısı için rutin MR
Düşük	Yüksek	Yüksek	Yüksek değer: Genel HIV taraması
	Düşük	Genellikle düşük değerlidir, ancak duruma ve maliyetler ile faydalar arasındaki ilişkiye bağlıdır	Düşük değerli: Katarakt ameliyatı gibi düşük riskli ameliyatlardan önce yapılan ameliyat öncesi testler

**Kaynak:** *Moriates, C., Arora, V., Shah, N. (2015) Understanding Value-Based Healthcare. McGraw-Hill Education, s.89.*

Maliyet–değer ilişkisine başka bir örnek, Periferik İntravenöz Kateterlerin (PIV) klinik olarak endikasyon olmaksızın rutin olarak değiştirilmesi verilebilir. Çoğu hastane, yatan hastalarda PIV’lerin her 72 ila 96 saatte bir değiştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bunun ekonomik bir uygulama olmadığı ve PIV’lerin yalnızca arızalandıklarında veya ortaya çıkan enfeksiyon belirtileri gösterdiklerinde değiştirilmelerine kıyasla hastalarda enfeksiyon veya flebit (kan damarı iltihabı) oranlarında hiçbir fark olmadığı görülmüştür. Plastik PIV’lerden tasarruf etmenin bireysel maliyet tasarrufu oldukça az olsa da bu uygulama muhtemelen hastaları olumsuz etkilemeden tamamen ortadan kaldırılabilir. Aslında, iğne batmalarının azaltılması hastalar tarafından memnuniyetle karşılanacak ve muhtemelen bakım deneyimlerini iyileştirecektir. Bu nedenle, düşük maliyetli müdahaleler bile düşük değerli olabilir ve ortadan kaldırılması hedeflenmelidir. Bu, sadece yatırım getirisine odaklanmanın, hastalar için değeri artırmayı amaçlayan sağlık stratejilerinin başarısını değerlendirmek için muhtemelen yetersiz bir yol olduğu anlamına gelir. Bu nedenle, maliyet değer hesaplamasının bir parçası olsa da değeri tek başına tanımlamaz (Moriates vd. 2015).

Basitçe ifade etmek gerekirse, değer hastalara benzer maliyetlerle sunulan bakım kalitesinin artırılması ya da kalitenin muhafaza edilmesiyle öte

yandan da hastanın bakımıyla ilgili toplam maliyetlerin azaltılması yoluyla artırılır. Doğru şekilde uygulandığında, sağlık hizmetlerinin değerinin iyileştirilmesi hastalara, klinisyenlere, ödeme yapanlara ve tıbbi sistemlere fayda sağlayacaktır (Moriates vd. 2015).

### Değer Temelli Sağlık Hizmeti Faydaları

Değer temelli sağlık hizmetlerinin uygulanmasından beklenen faydalar (Şekil 2) aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir (NEJM Catalyst, 2017):

**1. Bireyler sağlıklarını korumak için daha az harcama yapar.** Kanser, diyabet, yüksek tansiyon, KOAH ve obezite gibi kronik hastalıkların yönetimi pahalı ve zaman alıcıdır. Değer temelli bakım yaklaşımları erken iyileşmeye ve kronik hastalıkların önlenmesine öncelik verir. İyi sağlık statüsünde bireylere daha az doktor viziti ve tıbbi test yapılır, reçeteler için de daha az harcama yapılır.

**2. Sunucuların verimliliği ve hasta memnuniyetini artırır.** Yeni, kolayca erişilebilir odaklı hasta bakımı, kronik hastalık yönetimine kıyasla doktorların daha fazla zaman ayırmasını gerektirebilir. Değer, hacmin üzerinde tutulduğunda kalite ve hasta katılımı artar. Değer temelli bakım kapsamında, vaka başına daha fazla değer sağlayan hizmet sunucu ödüllendirilir.

**3. Ödeme yapanlar maliyetleri ve riski azaltır.** Risk, daha geniş bir hasta popülasyonuna yayılarak azaltılır. Daha sağlıklı bir nüfus, prim havuzunu ve yatırım yükünü azaltır. Değer bazlı ödeme, ödeyicilerin hastanın tüm tedavi döngüsü veya bir yıl boyunca kronik hastalıkları için ödemeleri birleştirerek verimliliği artırmasına olanak tanır.

**4. Tedarikçi maliyetleri hasta sonuçlarını yansıtır.** Tedarikçiler mal ve hizmetlerini olumlu sağlık (hasta) sonuçları ile uyumlu hale getirdiğinde ve daha düşük ürün maliyetlerine ulaşabilirler. Birçok sağlık sektörü paydaşı, üreticilerin ilaçları hasta değerlerine göre fiyatlandırmasını istemektedir.

**5. Sağlık hizmetleri maliyetleri azalırken toplum iyileşir.** Kronik hastalıkları, hastaneye yatışları ve tıbbi acil durumları yönetmek daha az maliyetlidir. Sağlık harcamalarının oldukça yüksek olduğu mevcut durumda değere dayalı tedavi sağlık harcamalarını önemli ölçüde azaltabilir.

Şekil 2. Değer Temelli Sağlık Hizmetinin Faydaları

HASTALAR	SUNUCULAR	ÖDEYİCİLER	TEDARİKÇİLER	TOPLUM
Düşük Maliyetler & Daha İyi Sonuçlar	Daha Yüksek Hasta Memnuniyeti & Daha Etkin Bakım	Daha Güçlü Maliyet Kontrolü & Azalan Riskler	Fiyatların Hasta Sonuçlarıyla Uyumlu Hale Getirilmesi	Sağlık Harcamalarında Azaltılma ve Daha İyi Genel Sağlık

**Kaynak:** NEJM Catalyst (2017). *What Is Value-Based Healthcare? Catalyst Carryover.*

## Değer Temelli Sağlık Yönetimi için Gerekli Değişiklikler

Geleneksel sağlık sistemlerinden değer temelli sağlık sistemlerine geçiş için yasal düzenlemelerde, geri ödeme sistemlerinde, nüfusun sağlık ihtiyaçlarının planlanması ve performansın değerlendirilmesinde köklü değişikliklere gidilmesi gerekmektedir. Geri ödeme yöntemleri sağlanan hizmetin hacminden ziyade ortaya konan sağlık sonuçlarına göre yapıldığı için hizmetlerin maliyet etkililikleri de ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin planlanmasında da hizmete erişim ve temel sağlık hizmetlerini de içeren entegre (bütünleşik) bakım yaklaşımı kullanılmaya başlanmıştır. Faaliyet ve sonuçları şeffaf olarak ortaya koyan veri ve kayıt sistemi performans ölçümünü daha da kolaylaştırmaktadır. Ayrıca sarf ve malzemenin fiyatlanmasında da satın alınan hacme göre değil elde edilen faydaya göre fiyatlandırma yapılmalıdır (Tablo 2).

**Tablo 2.** Değer Temelli Sağlık Yönetimi için Gerekli Değişiklikler

	Geleneksel Sağlık Sistemleri	Değer Temelli Sağlık Sistemleri
Gerçek Ödeme	Sağlık hizmeti faaliyeti veya ürün hacmine göre	Alternatiflerle karşılaştırıldığında hasta sonuçlarına göre
Yasal onay koşulları ve süreci	Yüksek kaliteli üretim standartları, klinik güvenlik ve sadece plaseboya karşı klinik etkililik	Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Birliği'ndeki resmi sistemler artık maliyetin üzerinde en iyi sonuçlar için karşılaştırmalı tedavilere karşı klinik etkinliğin kanıtlanmasını gerektirmektedir
Sarf malzemelerinin fiyatlandırılması	Satın alınan hacme göre	Birim girdi başına sağlanan sağlık faydası ile ilişkili göreceli fiyatlandırma
Veri ve kayıtlar	Sağlık sonuçlarının ölçülmemesi, dolayısıyla bir metriğe göre performansın yönetilememesi veya satın almanın yapılamaması	Girdi (faaliyet ve ürün hacmi) ve sonuçların şeffaflığı
Sağlık sistemi planlama	Planlama eksikliği (mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlar)	Nüfusun sağlık ihtiyaçları, erişim ve temel hizmetlerin tümünü kapsayacak şekilde bütçelenmiş ve planlanmış bütünleşik (entegre) ve iş birliğine dayalı bakım

**Kaynak:** Tierney, N. W. (2018). *Value Management in Healthcare: How to Establish A Value Management Office to Support Value-Based Outcomes in Healthcare*. Taylor & Francis, s.19.

## MALİYET İNDİRİM MEKANİZMALARI

Sağlık hizmetlerinde maliyetler genellikle iş yapış usullerimizle alakalı olduğu için kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı yönetim ilkelerini hayata geçirmemiz maliyet indirimleri için yardımcı olabilir. Hizmet sunumunda et-

kinlik israftan kaçınma, erken teşhis ve tedavi, kronik hastalık yönetimi ve yeniden yatış oranlarını düşürmek maliyet indirimleri sağlanabilir.

### Hizmet Sunumunda Etkinlik

Hizmet sunumunda verimliliğin artırılması, değere dayalı bakım hedeflerine ulaşmak için çok önemlidir. Sağlık sistemleri, hizmet sunucuların eğitimine yatırım yaparak (İbrahim, 2024), en iyi uygulama kılavuzlarına bağlı kalarak (Lin vd., 2019) ve veri zarflama analizi gibi veri odaklı yaklaşımları kullanarak (Lin vd., 2021; Zhao vd.,2023) kaynak tahsisini optimize edebilir ve hasta sonuçlarını iyileştirebilir. Ayrıca, yalın yönetim ilkelerinin (Sari, 2023) ve teknolojik yeniliklerin entegrasyonu, sağlık hizmeti sunumunda verimlilik arayışını daha da desteklemektedir. Sağlık hizmetleri çevresi gelişmeye devam ettikçe, bu stratejiler sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde sağlanmasında çok önemli olacaktır.

### İsrafın ve Gereksiz Kullanımın Ortadan Kaldırılması

Sağlık hizmetlerinde israfın belirlenmesi ve ortadan kaldırılması bir önceliktir. Shrank vd. (2019), aşırı tedavi ve düşük değerli bakımın ABD sağlık sisteminde yıllık 75,7 milyar ile 101,2 milyar dolarlık bir israfa neden olduğunu tahmin etmektedir. İsraf, gereksiz prosedürler, aşırı testler, bilgi kayıpları, tıbbi hatalar gibi klinik uygulamalardan kaynaklanırken hasta kayıt ve faturalandırma süreçleri, malzeme kontrolleri gibi idari uygulamalardan kaynaklanabilmektedir (Tablo 3).

**Tablo 3. Sağlık Hizmetlerinde İsraf Örnekleri**

	Kurum içi	Kurumlar arası
<b>Klinik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gereksiz prosedürler</li> <li>• Aşırı test</li> <li>• Verimsiz bakım süreçleri</li> <li>• Tıbbi hatalar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mükerrer testler</li> <li>• Bilgi kayıpları</li> <li>• Hatalı teslimler</li> <li>• Standart olmayan hastalık yönetimi, reçeteler vb.</li> </ul>
<b>İdari</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verimsiz faturalandırma ve tahsilatlar</li> <li>• Önlenebilir faturalama hataları</li> <li>• Manuel ve otomatik süreçler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gereksiz tedarikçi yetkilendirmesi</li> <li>✓ Manuel ve otomatik süreçler</li> <li>✓ Hasta tanımlama</li> <li>✓ Uygunluk/kapsam doğrulaması</li> <li>• Eczane ilişkileri</li> </ul>

**Kaynak:** IOM (2010). *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. Washington, The National Academies Press, s.125.

## Erken Teşhis ve Tedavi

Hastalıkların erken teşhis ve tedavisi hasta sağlık sonuçlarını iyileştirir ve sağlık hizmet maliyetlerinden tasarruf sağlar. Erken müdahalenin umut vaat ettiği en önemli alanlardan biri ruh sağlığı bozukluklarının, özellikle de psikozun yönetimidir. Correll vd. (2018) tarafından yapılan kapsamlı bir çalışma, erken müdahale hizmetlerinin, olağan tedaviye kıyasla erken evre psikoz için hastaneye yatış oranlarını düşürdüğü ve genel işlevselliği iyileştirdiğini ortaya koymuştur.

Ruh sağlığının yanı sıra, kronik fiziksel rahatsızlıkların yönetiminde de erken müdahale çok önemlidir. Duijn vd. (2010), bel ağrısı nedeniyle hastalık izninde olan çalışanlara yönelik müdahalelerin maliyet etkinliğini incelemiş ve erken dönemde masrafsız iş odaklı iyileştirmelerin işe dönüş oranlarında önemli iyileşmelere yol açabileceğini bulmuştur. Bu durum, uzun süreli hastalık izninin hem bireyler hem de sağlık sistemleri üzerindeki ekonomik etkisini azaltabilir.

Fan vd. (2022), Çin'deki kronik hastalıklar ve kanser vakalarının erken teşhis ve müdahalesinin sağlık harcamalarını azaltabileceğini, sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğini ve maliyet tasarrufu sağlayabileceğini göstermektedir. Önleyici sağlık yönetimi, hastalığın başlamasını ve daha karmaşık ve pahalı tedavilere ihtiyaç duyulmasını önleyebilir.

## Kronik Hastalık Yönetimi

Yaşlı nüfusun artması ile kronik hasta sayısında ve sağlık harcamalarındaki payında büyük bir artış olmuştur. Kronik hastalıkların yönetiminde düzenli iyileştirmeler yapılarak sağlık hizmet maliyetlerinde azalmalar sağlanabilir. Hasta bakımının sürekliliği, düzenli takip ve sağlık yönetim stratejileri ile daha iyi sağlık sonuçları ve daha düşük tedavi maliyetlerine ulaşılabilir (Moon ve Choi, 2018).

Kronik hastalığa sahip bireyler artık öz yönetim programlarını kullanarak kendi sağlıklarını kontrol edebilmektedir. Page ve Palmer (2013), Güney Florida'daki kronik hastalık öz yönetim programlarının maliyet analizinde, katılımcıların yaşam kalitesinin arttığını ve sağlık harcamalarının zaman içinde azaldığını ortaya koymuştur. Bulgular, öz yönetim eğitiminin özellikle yüksek maliyetli sağlık sistemlerinde kronik hastalık maliyetlerini düşürebileceğini göstermektedir.

Hemşireler, kronik hastalık yönetiminde çok önemli bir rol oynamaktadır. Stephen vd. (2017) tarafından yapılan kapsamlı bir değerlendirme, birinci basamakta hemşire liderliğindeki kronik hastalık yönetimi tekniklerinin uygulanabilir olduğunu ortaya koymuştur. Bu tür tedavilerin hemşirelerin iş memnuniyetini ve hasta sonuçlarını artırdığını belirlemişlerdir. Bu da hemşirelerin kronik hastalık yönetimi becerilerinden yararlanmanın hasta bakımını ve sonuçlarını iyileştirebileceği anlamına gelmektedir.

Kronik bakım modeli, yaygın olarak kronik hastalıkların yönetiminde başarılı bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Stellefson vd. (2013), hasta merkezli bakım, toplumsal kaynaklar ve sağlık sistemi desteğini öne çıkaran Kronik bakım modelinin diyabet yönetiminde kullanımına ilişkin kapsamlı bir değerlendirme yapmıştır. Bu kavram, kronik hastalık yönetimine proaktif bir yaklaşımı getirerek, hastaları kendi bakım süreçlerine dahil etmekte ve sağlığın iyileştirilmesini teşvik etmektedir.

Kronik hastalık yönetiminde, çoklu kronik hastalıkların birlikte yönetilmesi sağlık bakımını geliştirebilir. Karoli (2022), HIV, diyabet ve hipertansiyon hizmetlerinin tek bir klinikte birleştirilmesini önermiştir. Bu entegrasyon stratejisinde, birçok hastalığın bir arada olduğu çoklu hastalık yönetimi, bakımı kolaylaşmış, tekrarları azalmış ve hasta sağlık sonuçları iyileşmiştir.

Kronik hastalık yönetiminin ekonomik etkisi oldukça yüksektir. Hu vd. (2020), kronik hastalığı olan ailelerin, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek oranda katastrofik sağlık harcaması yaptığını keşfetmiştir. Başarılı bir kronik hastalık yönetimi, yalnızca sağlık sonuçlarını iyileştirmekle kalmayıp aynı zamanda hastalar ve sağlık sistemleri üzerindeki maliyet yükünü de azaltan etkili kronik hastalık yönetimi çözümlerinin önemini vurgulamaktadır.

### **Yeniden Yatış Oranlarının Düşürülmesi**

Hastaneye tekrar yatışların önlenmesi sağlık hizmetlerinde kritik bir konudur, çünkü tekrar yatışlar yalnızca bakımdaki potansiyel eksikliklere işaret etmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmeti maliyetlerini de olumsuz etkiler.

Jonas vd. (2016), pediatrik hastaların yeniden kabullerini değerlendirmek için hata ağacı analizini kullanmış ve kapsamlı dosya incelemelerine gerek kalmadan potansiyel olarak önlenabilir yeniden kabulleri belirlemek için idari verilerden yararlanılabileceğini göstermiştir.

Wallace vd. (2015), birden fazla kronik rahatsızlığı olan hastaların daha yüksek yeniden yatış oranlarına sahip olma eğiliminde olduğunu vurgulayarak, bu hassas risk grubu için özel müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir.

Yeniden kabullerin önlenmesinde takip bakımının rolü de kritik önem taşımaktadır. Kojima vd. (2022), hastane sonrası takip ziyaretleri ile yeniden kabul oranları arasındaki ilişkiyi incelemiş ve zamanında takip bakımının yeniden kabul olasılığını önemli ölçüde azaltabileceğini bulmuştur.

Burke vd. (2015), taburcu sonrası yedi gün içerisinde geri yatışların çoğunun öngörülemeyen komplikasyonlar veya ilgisiz durumlardan kaynaklandığını tespit etmiştir. Söz konusu bulgu, tekrar yatışların tamamının ön-

lenebilir olarak kabul edilemeyeceğini göstermektedir. Bu durum, bir kalite ölçütü olarak yeniden kabul oranlarının geçerliliği hakkında soru işaretleri doğurmakta ve yeniden kabullerin altında yatan nedenleri anlamının önemini vurgulamaktadır.

## DEĞER TEMELLİ MODELLERDE MALİYET YAPILARI

Değer temelli modellerdeki maliyet yapılarının ana teması, geleneksel hizmet başına ödeme yönteminden değer temelli geri ödeme stratejilerine geçiştir. Sürdürülebilir bir değere dayalı geri ödeme sisteminin kurulması, hastaların kaynak tüketim profilleri ile paydaşlar arasındaki risk dengelerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesine bağlıdır (Etgés, 2023). Etkili bir geri ödeme modeli geliştirmek için kritik unsur, maliyetlerin gerçekleşme şekli ile hasta sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin kapsamlı bir şekilde ortaya konmasıdır.

**Tablo 4.** Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Yöntemleri

Ödeme Yöntemi	Tanım
Kişi Başına Ödeme	Belirli sayıda kişiye hizmet sunan bir sağlık hizmet sunucusuna, toplam hasta sayısına göre belirlenecek şekilde bir ücret ödenmesi. Belirli bir süre için tanımlanmış bir hizmet paketi için “kişi başına” belirli bir ücret ödenir.
Hizmet Başına Ödeme	Sağlık hizmetlerinin gruplandırılmadığı ve her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme yapıldığı geri ödeme sistemi. Her hizmet için belirli bir fiyat belirlenir.
Global Bütçe	Belirli bir süre boyunca (genellikle bir yıl) tüm hizmetler için sabit bir ödeme yapılır. Bir yıl boyunca her hastaya verilen tüm hizmetler için tek bir ödeme yapılır.
Paket Ödeme	Bir hastalık sırasında verilen tüm hizmetler için hekime veya hastaneye tek bir ödeme yapılır. Tanı İlişkili Gruplar, geri ödeme miktarının hastanın teşhisine bağlı olduğu bir paket ödeme yöntemidir.
Gün başı Ödeme	Bir hastaneye, bir hastaya tek bir gün boyunca sunulan tüm hizmetler için paket ücret ödenir.
Maaş	Klinisyenlere veya diğer sağlık personeline önceden belirlenmiş çalışma saatleri veya sorumluluklar için sabit bir miktar ödenir.

**Kaynak:** Moriates vd. (2015) *Understanding Value-Based Healthcare*. McGraw-Hill Education, s.302.

### Paket Ödeme

Paket ödeme, tanımlanmış bir bakım dönemi boyunca bir hastaya sağlanan tüm bakım için tek bir ödeme olarak tanımlanır. Bir bakım epizodu, bir hastaya tanımlanmış bir durumun tedavisi veya bir prosedürün parçası olarak üzerinde anlaşmaya varılmış bir süre boyunca sağlanan tüm hizmet-



lerden oluşur (Bosco vd., 2018). Paket ödeme - ya da “bölüm bazlı ödeme” - hizmetlerin organizasyonu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve odak noktasını sağlanan hizmet hacminden değere, yani verimli bir şekilde sunulan, etkili bakıma dönüştürür (O’Byrne vd., 2013).

Kronik hastalık yönetimi için paket ödeme uygulaması daha koordineli bir bakıma, daha iyi hasta sağlık sonuçlarına ve daha az sağlık harcamalarına ulaşmaya yardımcı olabilir (Federman vd., 2010). Böylece, bakımın sürekliliği sağlanır ve kronik hastalıkların proaktif bir şekilde yönetimi ile komplikasyonlar önlenir ve maliyetli hastane yatışlarına olan ihtiyaç azalabilir.

### **Kişi Başına Ödeme**

Kişi başına ödeme modeli kapsamında hizmet sunucuları, sağlanan hizmet sayısına bakılmaksızın belirli bir süre için hasta başına sabit bir ücret almaktadır. Bu yaklaşım, sunucuları koruyucu bakıma ve kaynakların verimli yönetimine odaklanmaya teşvik ederek daha iyi sağlık sonuçları elde edilmesini hedefler. Kişi başına ödeme, sistemi özellikle birinci basamak sağlık hizmeti harcamalarında önemli düşüşler sağlamaktadır (Sun vd., 2015).

### **Performansa Dayalı Ödeme**

Performansa Dayalı Ödeme (PDÖ), sağlayıcı performansına mali teşvikler/caydırıcılar ekleyen ödeme modellerini içerir. PDÖ, sağlık hizmetlerini değere dayalı tıbbi dönüştürmeye yönelik stratejinin bir parçasıdır ve yalnızca bakım miktarını ödüllendirmek yerine kalite iyileştirmelerinin de ödüllendirildiği bir modeldir (NEJM Catalyst, 2018; Werner vd., 2011).

Bruin vd. (2011), kronik hastalıkların yönetimini inceledikleri çalışmalarında; P4P'nin sağlık hizmeti sağlayıcılarını hizmet sunumu için önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmaya teşvik edebileceği ve böylece hasta sağlık sonuçlarını iyileştirebileceği sonucuna varmışlardır. Yazarlar ayrıca, P4P programlarının başarısının tedarikçi katılımı, performans ölçütlerinin netliği ve kalite iyileştirme çabalarını destekleyecek kaynakların mevcudiyeti gibi faktörlerden etkilenebileceğini de belirtmişlerdir.

Sağlık hizmetlerinde Performansa Dayalı Ödeme sisteminin artı ve eksilerine bakıldığında: En iyi klinik uygulamaları ve olumlu sağlık sonuçlarını teşvik etmek için fonları yeniden yönlendirerek bakımın niceliğinden ziyade niteliğini vurgu yapar. Şeffaflığı, hesap verebilirliği ve rekabeti teşvik eder. PDÖ, maliyetleri düşürür ve kötü sağlık sonuçlarını azaltır. Bununla birlikte, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı grupların hizmete erişimine zarar verebilir, klinisyenlerin iş tatminini ve motivasyonunu azaltabilir, ölçümlerde karışıklık yaratabilir ve tedavi şemalarının aşırı basitleştirilmesine yol açabilir (NEJM Catalyst, 2018).

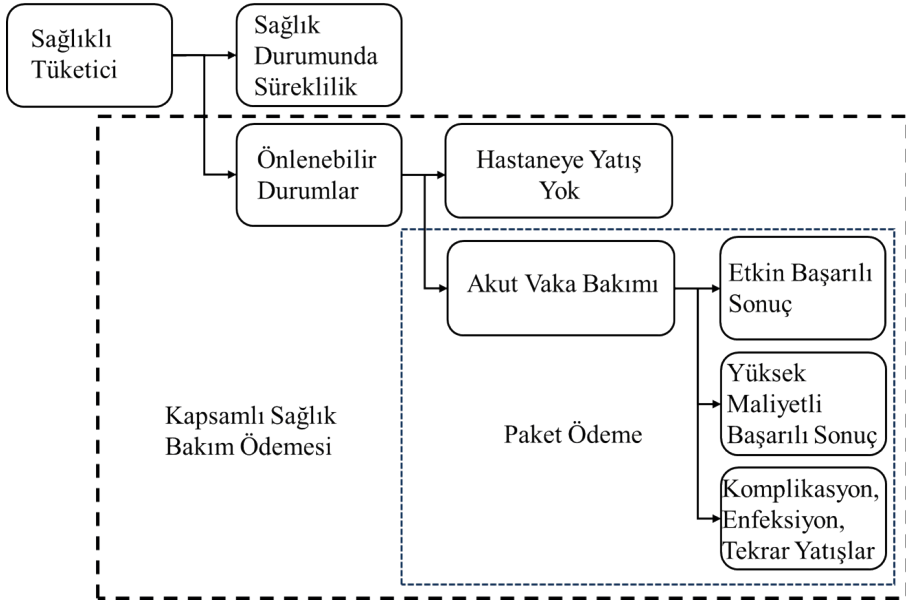


## Kapsamlı Sağlık Bakım Ödemesi

Paket ödeme modelleri, değere dayalı geri ödeme stratejilerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Paket ödemelerin, hesap verebilir bakım kuruluşları (ACO'lar) gibi nüfus temelli modellerde uygulanması kalite iyileştirme ve maliyet indirimlerine katkı sağlayabilir (Liao ve Navathe, 2022).

Değere dayalı bakımın ekonomik etkileri, maliyetlerde sağlanan tasarrufların ötesine geçerek toplumun geniş kesimlerine katkı sağlamaktadır. Değere dayalı ödeme modelleri, hizmet sunucularını maliyetlerini kontrol etme ve kalitelerini artırmalarını teşvik edebilir. Böylece daha düşük sağlık harcamaları ile iyi sağlık sonuçları elde edilebilir (Narayanaswami vd., 2017). Ancak, paket ödeme gibi ödeme modellerinin maliyet düşüşlerine olan katkıları incelenirken, kalite ve hasta sağlık sonuçları üzerindeki etkilerinin dikkatli bir şekilde izlenmesi gerekmektedir (Liao vd., 2020). Kalite ve sağlık sonuçları üzerinde etkisi olmayan maliyet indirimlerinin pek de bir anlamı yoktur.

Paket ödeme, hizmet başına ödeme sistemlerine göre daha etkin bir ödeme sistemi olmasına rağmen, yine de bakım epizotlarının meydana gelmesini önlemeyi teşvik etmemektedir. Örneğin, kronik hastalıklarda birincil hedef her hastaneye yatış epizodunun maliyetini azaltmak değil, hastaneye yatış sayısını azaltmak olmalıdır. Birçok çalışma, hasta eğitimi, öz yönetim desteği, uzaktan izleme (telemonitoring) gibi nispeten basit, düşük maliyetli hizmetlerle hastaneye yatışlarda yüzde 20 ile 40 azalma sağlanabileceğini göstermiştir. Ancak bu hizmetlerin çoğu geri ödeme kuruluşları tarafından ödenmezken, hastaneler ve doktorlar ne sıklıkta olursa olsun tüm hastane yatışları için ödeme almaktadır. Kapsamlı bakım ödemesi, bakım epizodunun sayısına bakılmaksızın, sabit bir süre boyunca bir hastanın sağlık koşullarını yönetmek için gereken tüm hizmetleri kapsayan tek bir ödeme tutarı belirleyerek bakım ödemesi yapmasıdır. Bu, hastanın bakımıyla ilgilenen hizmet sunuculara hizmetleri hastanın ihtiyaçlarına göre uyarlama esnekliği verir ve hastaneye yatışlardan ve gereksiz veya aşırı maliyetli hizmetlerden kaçınmaları için bir teşvik sağlar (Şekil 3) (IOM, 2010).

**Şekil 3.** Değere Dayalı Ödeme Sistemlerinin İsrar ve Kaynak Verimsizliğine Yaklaşımı

**Kaynak:** IOM (2010). *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. Washington, The National Academies Press, s.362.

Najjar vd. (2017), hizmet başına ücretlendirmeden değere dayalı ödeme planlarına geçişin, tüm bakım epizodunu kapsayabileceğini ve doktorların toplam epizod bazlı maliyetleri düşürmeleri için güçlü teşvikler sağlayabileceğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, geleneksel hastane muhasebe sistemlerinin genellikle sağlık personeli maliyetlerin bakımın hangi aşamasında oluştuğu ve nasıl azaltılabileceği konusunda çok az bilgi sağlamaktadır. Bu durum, belirli bakım epizotlarıyla ilişkili gerçek maliyetler hakkında bilgi sağlamak için zaman sürücülü faaliyet tabanlı maliyetlendirme gibi daha sofistike muhasebe yöntemlerine duyulan ihtiyacın altını çizmektedir.

### DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETLERİNE KÜRESEL BAKIŞ

Dünya sağlık sistemleri, artan bir hızla değer temelli sağlık hizmeti sunumunu benimsemekte ve sunum sistemlerini geliştirmek için farklı politikalar izlemektedir. Bu kapsamda bazı ülkeler tedavi kılavuzlarını yenilemekte ve kanıta dayalı tıp uygulamalarını teşvik ederken diğerleri de ilaçların klinik değerlendirmesinin yanı sıra maliyet etkinliğine göre de değerlendirilmesi gibi sağlık teknolojisi değerlendirme yöntemleri de uygulamaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Dünya Geneline Değer Temelli Sağlık Hizmeti Alanındaki Gelişmeler

Fransa	Fransa, Ocak 2014'te Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (HTA) sistemine yeni bir maliyet-etkililik yaklaşımı getirmiştir. İlaçlar artık klinik değerlendirmenin yanı sıra maliyet etkililiğine göre de değerlendirilmekte ve her iki değerlendirme de ilaç şirketleriyle yapılan fiyat müzakerelerinin temelini oluşturmaktadır.
Birleşik Krallık	2014 yılında Birleşik Krallık, tedavinin doğrudan ve dolaylı maliyetlerini dikkate alan daha geniş bir "değer temelli inceleme" getirilmesini önermiştir.
Almanya	Almanya Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimlilik Enstitüsü (IQWiG), karar alma süreçlerinde daha fazla şeffaflığa odaklanarak Nisan 2015'te yeni tedavi kılavuzları yayınladı.
Japonya	Japonya, 2015 yılı ilaç fiyatlarının belirlenmesi için ekonomik değerlendirmelerin başlatılmasını planlamaktadır. Bu yaklaşım jenerik ve lisanslı ilaçlar arasındaki fiyat farklarını artırabilir ve ayrıca bazı ilaçları Japonya Ulusal Sağlık Enstitüsü (NHI) listesinden çıkarabilir.
Çin	Çin, ilaçların çoğunluğu için fiyat kontrollerini kaldırarak sağlık teknolojisi değerlendirmesinin başlatılması için zemin hazırladı. Çin hükümeti, artan sağlık bakım maliyetlerini kontrol altına almak amacıyla kanıta dayalı tedavi yolları oluşturmak için Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü'nün de (NICE) içinde olduğu birçok uluslararası kuruluşla iş birliği yapmaktadır.
Tayland	Tayland, NICE, ABD merkezli Küresel Kalkınma Merkezi ve Birleşik Krallık'ın önde gelen üniversiteleri ile bir araya gelerek Uluslararası Karar Destek Girişimi'ni (iDSI) başlattı. Girişimin amacı, gelişmekte olan pazarlarda kanıta dayalı sağlık hizmetleri konusunda farkındalık yaratmaktır.

**Kaynak:** Tierney, N. W. (2018). *Value Management in Healthcare: How to Establish a Value Management Office to Support Value-Based Outcomes in Healthcare*. Taylor & Francis, s.17.

EIU'nun (The Economist Intelligence Unit) 25 ülkeyi kapsayan ve ülkelerin değer temelli sağlık hizmetlerine uyumlarına ilişkin değerlendirmesinden elde edilen ana bulgular şu şekildedir (The Economist Intelligence Unit, 2016):

- İsveç ve Birleşik Krallık, değer temelli sağlık hizmeti ile en yüksek uyuma sahip ülkelerdir.
- Çoğu gelişmiş ülke değer temelli sağlık hizmeti ile orta düzeyde uyum sağlamıştır.
- Kalkınmış ülkeler genellikle güçlü politika desteğine sahiptir ve değer temelli sağlık hizmetine uyum nispeten daha rahattır.

- Gelişmekte olan ülkeler içerisinde sadece -Türkiye ve Kolombiya- değer temelli sağlık hizmeti için üst düzey politika ve plana sahiptir. Söz konusu ülkeler, sağlık sistemlerini iyileştirmek için önemli potansiyele sahiptir.

- Sonuçların ve maliyetlerin ölçülmesi ivme kazanmaktadır, ancak sağlık veri kaynakları genellikle koordine edilmemekte veya birlikte çalışmamaktadır.

- Tek hizmet sağlayıcı temelli bakımdan koordineli bakıma geçiş zor bir süreç gibi görünmektedir.

- Ülkelerin yaklaşık %25'inde (Mısır, Endonezya, Nijerya, Hollanda, Rusya ve ABD) beş tedavi alanında (ruh sağlığı bakımı, diyabet bakımı, HIV hasta bakımı, anne bakımı ve yaşlı bakımı) ülke çapında koordine edilmiş bakım yolları bulunmamaktadır.

- Paket ödemeler, bakımın koordine edilmesi ve hasta odaklılık açısından giderek daha fazla kabul görmektedir.

- Yüksek sağlık harcamaları her zaman değer temelli sağlık hizmeti ile uyumu garanti etmez.

## SONUÇ

Günümüzde, mali darboğazlar sağlık sistemlerini reformlara yönlendirmekte daha sürdürülebilir yapılar tasarlamaya zorlamaktadır. Bunun için ise, değer temelli hizmet gibi proaktif yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Değer temelli sağlık hizmet sistemine geçiş, arz odaklı bir sistemden daha hasta merkezli sisteme doğru bir paradigma değişimini gerektirmektedir (The Economist Intelligence Unit, 2016).

Hacimden değere olan yönelişte değer somut olarak ortaya konmasında zorluklar vardır. Maliyet yönetimi uygulamaları, değer ölçülmesine ve somutlaşmasına yardımcı olarak kıt kaynak probleminde optimal çözüm getirebilir. Değeri ölçebilmek için de geleneksel maliyet ölçüm yöntemlerinden ziyade zaman sürücülü faaliyet tabanlı maliyetleme gibi modern maliyet yönetimi yaklaşımlarına ihtiyaç vardır. Ayrıca, faaliyet tabanlı yönetim uygulamaları ile de güçlendirilmiş bir yaklaşım, katma değersiz faaliyetlerin elimine edilmesi ve değer öne çıkarılmasına olanak sağlayacaktır.

Kalitenin ve şeffaflığın ödüllendirildiği, birlikte çalışma kültürünün içselleştirildiği bir ekosistemde israflar ve tıbbi hatalar asgariye indirilecek ve optimum bakım sağlanabilecektir. Uygun bakım halk sağlığını da geliştirecek toplumsal refaha katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

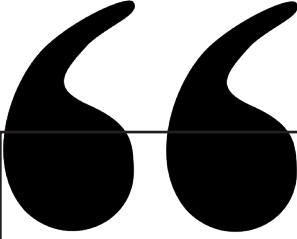
- Beck Etges, A. P. (2023). Value-Based Reimbursement as a Mechanism to Achieve Social and Financial Impact in the Healthcare System. *Journal of Health Economics and Outcomes Research*. <https://doi.org/10.36469/001c.89151>
- Bosco, J. A., Harty, J. H., & Iorio, R. (2018). Bundled Payment Arrangements: Keys to Success. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 26(23), 817–822. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-17-00022>
- Bruin, S. de, Baan, C. A., & Struijs, J. N. (2011). Pay-for-Performance in Disease Management: A Systematic Review of the Literature. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-272>
- Burke, D., Link, N., Bails, D., Fang, Y., & Janjigian, M. (2015). A Taxonomy of Seven-day Readmissions to an Urban Teaching Hospital. *Journal of Hospital Medicine*. <https://doi.org/10.1002/jhm.2481>
- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T. J., Nordentoft, M., Srihari, V. H., Gülöksüz, S., Ming Hui, C. L., Chen, E., Valencia, M. H., Juárez, F., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., ... Kane, J. M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis. *Jama Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>
- Duijn, M. van, Eijkemans, M. J. C., Koes, B. W., Koopmanschap, M., Burton, K., & Burdorf, A. (2010). The Effects of Timing on the Cost-Effectiveness of Interventions for Workers on Sick Leave Due to Low Back Pain. *Occupational and Environmental Medicine*. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.049874>
- Economist Intelligence Unit. (2016). Value-based healthcare: A global assessment. In *The Economist Intelligence Unit: Findings and Methodology*. [http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU\\_Medtronic\\_Findings-and-Methodology.pdf](http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology.pdf)
- EIT Health (2020). Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers. O'Byrne TJ, Shah ND, Wood D, Nesse RE, Killinger PJ, Litchy WJ, Stroebel RJ, Wagie AE, Naessens JM. (2013). Episode-based payment: evaluating the impact on chronic conditions. *Medicare Medicaid Res Rev*. Sep 13;3(3):mmrr.003.03.a07. doi: 10.5600/mmrr.003.03.a07. PMID: 24753973; PMCID: PMC3983732.
- Esposti, F., & Banfi, G. (2020). Fighting healthcare rocketing costs with value-based medicine: the case of stroke management. *BMC Health Services Research*, 20(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4925-0>
- European Commission (2019) Defining Value in 'Value-Based Healthcare' Opinion By Expert Panel On Effective Ways Of Investing in Health (EXPH) [https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019\\_defining-value-vbhc\\_factsheet\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_defining-value-vbhc_factsheet_en_0.pdf)
- Fan, Q., Wang, J., Nicholas, S., & Maitland, E. (2022). High-Cost Users: Drivers of Inpatient Healthcare Expenditure Concentration in Urban China. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08775-9>

- Federman, A. D., Woodward, M., & Keyhani, S. (2010). Physicians' Opinions About Reforming Reimbursement. *Archives of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.369>
- Hu, H., Si, Y., & Li, B. (2020). Decomposing inequality in long-term care need among older adults with chronic diseases in China: A life course perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph17072559>
- Ibrahim, N. (2024). Provision of Adolescent Mental, Sexual and Reproductive Health Services and Technical Efficiency of Health Facilities in the Use of Resources Mobilized to Provide ASRH Services in Niger: The Case of Maradi and Niamey Regions. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4524141/v1>
- IOM (Institute of Medicine). (2010). *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. Washington, The National Academies Press.
- Jonas, J. A., Devon, E. P., Ronan, J., Ng, S. C., Owusu-McKenzie, J. Y., Strausbaugh, J. T., Fieldston, E. S., & Hart, J. (2016). Determining Preventability of Pediatric Readmissions Using Fault Tree Analysis. *Journal of Hospital Medicine*. <https://doi.org/10.1002/jhm.2555>
- Karoli, P. (2022). Potential Cost and Benefits of Integrating Health Care Services for Managing Multiple Chronic Conditions in Sub-Saharan Africa: A Critical Short Review and Commentary. *Journal of Clinical Images and Medical Case Reports*. <https://doi.org/10.52768/2766-7820/2035>
- Kojima, N., Bolano, M., Sorensen, A., Villaflores, C., Croymans, D. M., Glazier, E., & Sarkisian, C. A. (2022). Cohort Design to Assess the Association Between Post-Hospital Primary Care Physician Follow-Up Visits and Hospital Readmissions. *Medicine*. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000001830>
- Liao, J. M., & Navathe, A. S. (2022). The Path Ahead for Bundled Payments. *Jama*. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.18191>
- Liao, J. M., Zhou, L., & Navathe, A. S. (2020). Nationwide Hospital Performance on Publicly Reported Episode Spending Measures. *Journal of Hospital Medicine*. <https://doi.org/10.12788/jhm.3377>
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & O'Sullivan, P. (2019). What Does Best Practice Care for Musculoskeletal Pain Look Like? Eleven Consistent Recommendations From High-Quality Clinical Practice Guidelines: Systematic Review. *British Journal of Sports Medicine*. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>
- Lin, L., Wu, F., Chen, W., Zhu, C., & Huang, T. (2021). Research on Urban Medical and Health Services Efficiency and Its Spatial Correlation in China: Based on Panel Data of 13 Cities in Jiangsu Province. *Healthcare*. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091167>
- Moon, S., & Choi, M. (2018). The Effect of Usual Source of Care on the Association of Annual Healthcare Expenditure With Patients' Age and Chronic Disease

- Duration. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091844>
- Moriates, C., Arora, V., Shah, N. (2015) *Understanding Value-Based Healthcare*. McGraw-Hill Education
- Najjar, P. A., Strickland, M., & Kaplan, R. S. (2017). Time-driven activity-based costing for surgical episodes. *JAMA Surg.*, 152(1), 96–97. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.3356>
- Narayanaswami, P., Suk, M., & Jones, L. K. (2017). The Value Transformation of Health Care: Impact on Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine. *Muscle & Nerve*. <https://doi.org/10.1002/mus.25699>
- NEJM Catalyst. (2017). What Is Value-Based Healthcare? *Catalyst Carryover*, 3(1). <https://doi.org/10.1056/CAT.17.0558>
- NEJM Catalyst. (2018). What Is Pay for Performance in Healthcare? *Catalyst Carryover*, 4(2). <https://doi.org/10.1056/CAT.18.0245>
- Page, T. F., & Palmer, R. C. (2013). Cost Analysis of Chronic Disease Self-Management Programmes Being Delivered in South Florida. *Health Education Journal*. <https://doi.org/10.1177/0017896912471047>
- Porter, M. E. (2009). A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System. *The New England Journal of Medicine*, 361(2), 109–112.
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–248.
- Sari, E. N. (2023). Systematic Review: Application of Lean Management in Improving Service Efficiency in Hospitals in Indonesia. *Indonesian Journal of Multidisciplinary Science*. <https://doi.org/10.55324/ijoms.v3i2.679>
- Shrank, W. H., Rogstad, T. L., & Parekh, N. (2019). Waste in the US Health Care System. *Jama*. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.13978>
- Stellefson, M., Dipnarine, K., & Stopka, C. (2013). The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Preventing Chronic Disease*. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120180>
- Stephen, C., McInnes, S., & Halcomb, E. (2017). The Feasibility and Acceptability of Nurse-led Chronic Disease Management Interventions in Primary Care: An Integrative Review. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.13450>
- Sun, J., Zhang, X., Zhang, Z., Wagner, A. K., Ross-Degnan, D., & Hogerzeil, H. V. (2015). Impacts of a New Insurance Benefit With Capitated Provider Payment on Healthcare Utilization, Expenditure and Quality of Medication Prescribing in China. *Tropical Medicine & International Health*. <https://doi.org/10.1111/tmi.12636>
- Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Academic Medicine*, 95(5), 682–685. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003122>

- Tierney, N. W. (2018). *Value Management in Healthcare: How To Establish A Value Management Office To Support Value-Based Outcomes in Healthcare*. Taylor & Francis
- Wallace, S. S., Keller, S., Falco, C., Nead, J., Minard, C. G., Nag, P. K., & Quiñonez, R. (2015). An Examination of Physician-, Caregiver-, and Disease-Related Factors Associated With Readmission From a Pediatric Hospital Medicine Service. *Hospital Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0015>
- Werner, R. M., Kolstad, J. T., Stuart, E. A., & Polsky, D. (2011). The Effect of Pay-for-Performance in Hospitals: Lessons for Quality Improvement. *Health Affairs*. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.1277>
- Young, D. W. (2014). *Management Accounting in Health Care Organizations* (3rd ed.). Jossey-Bass.
- Zhao, Z., Dong, S., Wang, J., & Jiang, Q. (2023). Estimating the Efficiency of Primary Health Care Services and Its Determinants: Evidence From Provincial Panel Data in China. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1173197>





## *Bölüm 4*

### **BİNGÖL İL MERKEZİ KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ YETERLİĞİNİN BELİRLENMESİ: İLDE YAŞAYANLARIN GÖRÜŞLERİNE DAYALI BİR ARAŞTIRMA**

*İzzet AYDEMİR<sup>1</sup>*

*Mehmet Emin YAŞAR<sup>2</sup>*

1 Dr. Öğr. Üyesi, Bingöl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0003-4222-2659

2 Öğr. Gör. Bingöl Üniversitesi Solhan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Tekniker Bölümü, Orcid: 0000-0001-8137-2946

## GİRİŞ

Bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi temel insani gereksinimdir. Bu bakımdan yeterli düzeyde sağlık hizmetlerine erişim sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlık hakkı, çeşitli metinlerde de ifade edildiği gibi bireylerin doğuştan sahip olması gereken bir haktır ve bu hakkın başta kamu otoritelerince sağlanması beklenmektedir. Sosyal devlet misyonunu öncelleyen devlet mekanizması, kaynakları doğrultusunda bu hakkı yerine getirmeye çalışır. Ancak “öngörülebilir ihtiyaçlar” kapsamında otorite, önceden bölgesel ya da ulusal düzeyde sağlık ihtiyaç planlamasını yaparak vatandaşların karşılaşılabileceği sağlık riskleri karşısında sağlık hizmetlerinin miktarını ve kapsamını belirlemek durumundadır. Sağlık arz kaynaklarının varlığı ve bu arz kaynaklarının zamanında ve yeterli düzeyde belirli bir gölgede yaşayan bireylere sağlanması da “kullanılabilirlik” kapsamında (Anderson ve Aday, 1978) bir sağlık hakkı olarak literatürde vurgulanmıştır. Belirli bir yörede ya da bölgede yaşayan insanların yeterli ve düzeyde sağlık hizmetlerine erişimleri, sağlık hizmetlerine duyulan memnuniyetle ilişkilendirilebileceği gibi bu hizmetlerin yetersizliği durumunda bireylerin başka illerde sağlık arama davranışlarında bulunmaları finansal, üretkenlik, zaman kaybı gibi farklı alanlarda sorun alanlarını oluşturmaktadır.

Yeterli düzeyde sağlık hizmetlerinin olması, insanların sağlıkla ilgili beklenti ve ihtiyaçlarına ilişkin sorunları giderici rol oynar. Hizmetin yetersizliği, uzman doktor gibi stratejik personelin yokluğu ve ileri düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlanmaması hizmet alıcılar için mağduriyetlerin yaşanmasına neden olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında yetersiz sağlık hizmeti, bireylerin sağlık hakkı ve bu hakkın bir ölçütü olan “kullanılabilirlik” ile ilgili sorun alanlarını oluşturmaktadır. Kullanılabilirlik kavramı; sağlık hizmetlerinin mevcudiyetini, hizmetlere erişimi, hizmetin konfor sağlama yönü ile hizmeti satın alma ve kabuledilebilirliği hakkında bilgi sağlamaktadır (Wyszewianski, 2002). Kullanılabilirlik kapsamında değerlendirilen hizmetin mevcudiyeti, arz kaynaklarının yeterli düzeyde sağlanmasıyla ilişkilidir. Yeterli düzeyde sağlanmayan sağlık hizmetleri hasta memnuniyetini azaltabileceği gibi, sağlık hizmetlerinin kullanıcıların ihtiyaç ve beklentilerini karşılama ve hizmetin kabul edilebilirliğine ilişkin tutumlarını da yansıtmaktadır. Sağlık gereksinimlerine ilişkin beklentileri karşılamayan sağlık arz kaynakları bireyleri şehir dışında sağlık arama davranışlarına iterek başta finansal sorunlar olmak üzere üretkenlik kayıpları ve çeşitli psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle belirli bir yörede ya da alanda hizmetin öngörülmesi ve bu öngörülen ihtiyacın hayata geçirilmesi beklenmektedir. Sağlık alt yapısının önemli bir değişkeni olan öngörülen ihtiyaç, İhtiyaç duyulan hizmetin daha önce belirlenmesi ve toplumun hastalanabileceği düşünülerek gerekli arz kaynaklarının hazır bulundurulmasıyla ilişkilidir (Ramos, VD., 2019; Yamson, vd., 2021). Sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde öngörülmemesi sağlık ihtiyaçlarının ertelenmesine neden olarak sağlıksız bir toplum meydana getirmektedir.

Yukarıdaki değerlendirme doğrultusunda planlanan bu araştırma, Bingöl merkez ilinde yaşayan vatandaşların ilde sağlanan sağlık hizmetleri ve bu hizmetin temel aktörü olan hekim yeterliliği ile ilgili vatandaşların değerlendirmelerine yer verilecektir. Son yıllarda il merkezinde bireylerin sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri sunan sağlık personeline ilişkin olumsuz bakış açısı böyle bir araştırmanın yapılmasına neden olmuştur. Dolayısıyla sahadan edinilen bilgiler doğrultusunda kamu sağlık otoritelerine faydalı ve kanıta dayalı verilerin sağlanabileceği düşünülmektedir. İl merkezinde vatandaşların görüşlerine dayalı bir çalışmanın bu güne kadar yapılmamış olması ve araştırmanın bizzat hizmeti alanlar tarafından kamu sağlık hizmetlerinin yeterliliğini ya da memnuniyetle ilişkilendirilmesini hedeflemesi bu çalışmaya özgün karakter kazandırmaktadır. Araştırmanın yerel düzeyde gerçekleşmesi ve bizzat hizmeti alanların görüşlerine dayalı olması elde edilen sonuçlar doğrultusunda yerel düzeyde sağlık ihtiyaç planlamasının yapılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## YÖNTEM

Bingöl ilinde yeterli düzeyde sağlık hizmetlerinin olmadığı tahmin edilmektedir. Hem edinilen gözlemler hem de kanıta dayalı veriler bunu desteklemektedir. Sağlık Bakanlığı (2023) sağlık istatistik yıllığı 2021 yılı verilerine göre, Bingöl ilinde 100.000 kişiye düşen hekim sayısı en düşük seviyeli iller arasında yer almaktadır. Raporda, 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı düşük seviyelerde olup 150 kişiden daha az olduğu vurgulanmıştır. Uzman hekim sayısında da yine benzer durum gözlenmiştir (100.000 kişiye düşen hekim sayısı 70'in altında). Ay durum dış hekimlerinde de görülmüş olup bu sayı 100.000 kişide sadece 47 kişidir. Düşük hizmet düzeyi ve uzman doktorun yetersizliği düşük hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetsizliği ile sonuçlanabilmektedir. Nitekim 2016 yılında Bingöl devlet hastanesinde yürütülen yüksek lisans tezinde hastalar tarafından algılanan hizmet kalitesi düşük olarak raporlanmıştır (Tan, 2016). Söz konusu tablonun ağız ve diş sağlığı merkezinde de yaşandığı düşünülmektedir. Ancak bu konuda bilimsel veriler olmadığından kanıta dayalı olarak bir söylem geliştirmek doğru olmamaktadır.

Gözlemlerimiz, Bingöl ilinde sağlık arz kaynaklarının yetersiz olduğu yönündedir. Bu doğrultuda planlanan bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu yapılandırılmış ankete literatür doğrultusunda ve uzman görüşlerine başvurularak son hali verilmiştir. Yapılandırılmış anket iki bölümden oluşmuştur. İlk bölümde katılımcıların tanımlayıcı bilgilerine yer verilmiştir, ikinci bölümde ise katılımcıların görüşlerini yansıtacak maddelere yer verilmiştir. Araştırmada 18 yaşından büyük ve en az bir kez Bingöl il merkezinde sağlık hizmetlerine başvurmuş adaylara anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılanlara araştırma hakkında bilgi verilerek ve onların onayı alındıktan sonra ölçüm aracı uygulanmıştır. SPSS V22

istatistik paket programı kullanılarak veriler analiz edilmiştir. Araştırmada normallik varsayımı doğrultusunda parametrik testler uygulanmıştır. Tanımlayıcı verilere frekans analizi yapılmıştır. Araştırma bulguları %95 güven aralığında ve  $\alpha=0,05$  hata düzeyinde yorumlanmıştır. Son olarak araştırma bulguları doğrultusunda öneriler geliştirilmiştir.

Araştırmada amaçlanan, Bingöl il merkezinde yaşayan vatandaşlara sunulan kamu sağlık hizmetleri ve bu hizmetin sunumunda rol oynayan en önemli aktör olan doktorların nitelik ve nicelik bakımından hizmet alıcıların değerlendirmelerine dayalı ölçmek ve hizmete duyulan memnuniyeti tespit etmektir. Online hazırlanan survey yardımıyla elde edilen veriler 2024 Mayıs ayında toplanmıştır. Araştırmada aşağıdaki sorularına yanıt aranmıştır:

- Bingöl il merkezinde sunulan sağlık hizmetleri nitelik ve nicelik yönünden yeterli midir?
- Bingöl il merkezinde bireylerin sağlık hizmetleri beklentilerini yeterli derecede karşılayan uzman hekimler var mı?
- Bingöl il merkezinde sağlanan sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?

**Tablo 1.** Ölçüm Aracına İlişkin Tanımlayıcı Veriler

Anket İfadeleri	Min.	Max.	$\bar{x}$	SS	Basıklık	Çarpıklık
İlimizde yeterli sayıda faaliyette bulunan kamu hastanesi vardır	1,00	3,00	1,63	0,66	-0,67	0,56
İlimizde yeterli sayıda doktor görev yapmaktadır	1,00	3,00	1,48	0,61	-0,24	0,86
Doktorların uzmanlık bilgisinin yeterli olduğunu düşünmekteyim	1,00	3,00	1,74	0,65	-0,71	0,31
İlimizde daha çok mesleğe yeni başlamış doktorlar görev yapmaktadır	1,00	3,00	2,27	0,70	-0,88	-0,43
Ağız ve diş sağlığı merkezi beklentilerimi karşılamaktadır	1,00	3,00	1,71	0,72	-0,94	0,49
Ağız ve diş sağlığı merkezinde sadece basit diş çekimi ve dolgu gibi uygulamalar yapılmaktadır	1,00	3,00	2,13	0,78	-1,30	-0,24
Çocuklara yönelik yeterli düzeyde ağız ve diş sağlığı hizmetleri verilmemektedir	1,00	3,00	2,17	0,78	-1,28	-0,30
Hem ağız ve diş sağlığı merkezinde hem de devlet hastanesinde, doktorum çoğu zaman diğer illere sevkimi önermektedir	1,00	3,00	2,28	0,71	-0,92	-0,47

İlimizde, hem doktor hem de verilen sağlık hizmetleri bakımından mağduriyetler yaşanmaktadır	1,00	3,00	2,25	0,75	-1,12	-0,44
Doktorların verdiği sağlık hizmetlerinden memnunuz	1,00	3,00	1,74	0,60	-0,55	0,19
<b>Toplam anket</b>	<b>1,00</b>	<b>2,80</b>	<b>1,95</b>	<b>0,31</b>	<b>1,46</b>	<b>-0,73</b>
<b>Cronbach's Alpha (<math>\alpha</math>)</b>	<b>0,632</b>					

$\bar{x}$ : ortalama SS: Standart sapma

Tablo 1' ölçüm aracına yönelik bazı istatistiksel veriler verilmiştir. Yapılandırılan ölçüm aracı üçlü Likert tipinde olduğundan katılımcıların verdiği yanıtlar en az 1 en çok ise 3 puan arasında yer almaktadır. Kullanılan ölçüm aracı; "1-Hiç Katılmıyorum", "2-Kısmen Katılıyorum" ve "3-Tamamen Katılıyorum" şeklinde sınıflandırılmıştır. Katılımcıların ölçüm aracına yönelik toplam yanıtlarının ortalaması 1,95, standart sapması ise 0,31 olarak gerçekleşmiştir. Tabachnick ve Fidell, (2013)'e göre ölçüm aracının basıklık ve çarpıklık değerleri -1,5 ile 1,5 arasında olması durumunda parametrik testlerin kullanılabilmesi vurgulanmıştır. Bu çalışmada söz konusu değerler -0,73 ve 1,46 arasında gerçekleşmiştir. Anketin güvenilirliğini ortaya koyan Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) değeri 0,632 olarak kaydedilmiştir. Alpha değerinin  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  olması ölçüm aracını oldukça güvenilir kılmaktadır (Alpar, 2014).

## BULGULAR

Araştırmaya katılanların tanımlayıcı bilgileri Tablo 2'de belirtilmiştir. Araştırmaya katılan 227 kişinin %52,4'ü kadındır. Medeni durum açısından bakıldığında katılımcıların yaklaşık %58,1'i evli bireylerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması ağırlıklı olarak %43,2 ile 18-19 yaş arasında, %30,0 ile 50 ve üstü yaş ortalaması diğerlerinin ise 30-49 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Eğitim durumları bakımından bakıldığında ise katılımcıların sırayla %21,6'sı ilköğretim mezunu, %19,4'ü okur-yazar olmadığı, %16,7'sinin lise ve lisansüstü mezunu olduğu, %14,1'inin ön lisans ve geri kalanlarının da lisans mezunu olduğu görülmüştür.

**Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

Demografik Değişkenler		Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	119	52,4
	Erkek	108	47,6
Medeni Durum	Bekâr	95	41,9
	Evli	132	58,1
Yaş	18-29 arası	98	43,2
	30-49 arası	61	26,9
	50 ve üstü	68	30,0
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	44	19,4
	İlköğretim	49	21,6
	Lise	38	16,7
	Ön Lisans	32	14,1
	Lisans	26	11,5
	Lisansüstü	38	16,7

Katılımcıların anket ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde ilde yaşayanların çok düşük bir oranını (%9,7) kamu sağlık hizmetlerinin yeterli boyutta olduğunu belirtmiştir. Kamu hizmetlerine paralel olarak hizmet sunan doktorların da yetersizliğinden yakınıldığı saptanmıştır. Katılımcıların sadece %5,7'si yeterli hekimlerin olduğunu belirtmişler. Katılımcıların %11,5'i hizmet sunan doktorların uzmanlık bilgisinin yeterli olduğu yönünde görüş bildirdiler. Doktorların uzmanlık bilgisinin yetersizliğini destekleyen ve katılımcıların yaklaşık %41,5'inin tamamen katıldığı, %44,5'inin de kısmen katıldıkları 'ilde hizmet vermeye başlayan doktorların mesleklerinde yeni oldukları' ifadesidir. Tıbbi hizmetlerin dışında ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin de ilde yetersiz olduğu saptanmıştır. Örneğin katılımcıların yaklaşık %44,1'i "ağız ve diş sağlığı merkezi beklentilerimi karşılamaktadır" ifadesine hiç katılmıyorum şeklinde görüş belirtmişlerdir. İl merkezinde verilen ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin basit diş çekimi ve dolgu gibi rutin hizmetler olduğu gözlenmiştir. Yetişkin hizmetlerinin yanı sıra çocuklara ilişkin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yetersizliği de katılımcılar tarafından vurgulanmıştır. Örneğin katılımcıların %39,6'sı çocuklara yönelik ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yetersiz olduğuna tamamen katıldığı, %37,4'ü ise kısmen katıldıklarını belirtmişler. Hem devlet hastanesinde hem de ağız ve diş sağlığı merkezinde hastaların diğer illere hizmet alımı için sevk edilme oranı yüksek çıkmıştır. Katılımcıların sadece %15,0'i doktorların diğer illere sevk isteminde bulunmadıklarını vurgulamışlar. Bu yetersizliklerden dolayı araştırmaya katılanlar ilde verilen hem sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden hem de doktor yetersizliği nedeniyle sağlık hizmetleri ekseninde mağduriyetlerin yaşandığını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda katılımcıların sadece %8,4'ü ilde verilen sağlık hizmetlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 3.** Anket İfadelerine Verilen Yanıtların Değerlendirilmesi

Anket İfadeleri	Hiç Katılmıyorum		Kısmen Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	f	%	f	%	f	%
İlimizde yeterli sayıda faaliyette bulunan kamu hastanesi vardır	106	46,7	99	43,6	22	9,7
İlimizde yeterli sayıda doktor görev yapmaktadır	131	57,7	83	36,6	13	5,7
Doktorların uzmanlık bilgisinin yeterli olduğunu düşünmekteyim	84	37,0	117	51,5	26	11,5
İlimizde daha çok mesleğe yeni başlamış doktorlar görev yapmaktadır	32	14,1	101	44,5	94	41,4
Ağız ve diş sağlığı merkezi beklentilerimi karşılamaktadır	100	44,1	92	40,5	35	15,4
Ağız ve diş sağlığı merkezinde sadece basit diş çekimi ve dolgu gibi uygulamalar yapılmaktadır	55	24,2	87	38,3	85	37,4
Çocuklara yönelik yeterli düzeyde ağız ve diş sağlığı hizmetleri verilmemektedir	52	22,9	85	37,4	90	39,6
Hem ağız ve diş sağlığı merkezinde hem de devlet hastanesinde, doktorum çoğu zaman diğer illere sevkimi önermektedir	34	15,0	95	41,9	98	43,2
İlimizde, hem doktor hem de verilen sağlık hizmetleri bakımından mağduriyetler yaşanmaktadır	43	18,9	85	37,4	99	43,6
Doktorların verdiği sağlık hizmetlerinden memnunum	79	34,8	129	56,8	19	8,4

Araştırmaya aklarılanların ölçüm aracına verdikleri yanıtların katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre değişip değişmediği Tablo 4'te analiz edilmiştir. Ölçüm aracıyla elde edilen sonuçların katılımcıların tabloda belirtilen cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak farklılaşmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ancak kadın katılımcıların puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek ( $\bar{x}=1,97$ ;  $SS=0,319$ ); bekâr olanların da evli olanlara göre puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır ( $\bar{x}=1,96$ ;  $SS=0,321$ ). Yaş grupları bakımından incelendiğinde 30-49 yaş arasında olanların puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır ( $\bar{x}=1,98$ ;  $SS=0,243$ ). Araştırmada düşük eğitim düzeyine sahip olanlar ve yükseköğrenime sahip olanların puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır.

**Tablo 4.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Sonuçlar

Demografik değişkenler		Ölçüm aracına yönelik çıkarımsal istatistikler			
		n	$\bar{x}$	SS	p
Cinsiyet	Kadın	119	1,97	0,319	0,148
	Erkek	108	1,91	0,298	
Medeni durum	Evlü	95	1,91	0,302	0,289
	Bekâr	132	1,96	0,321	
Yaş	18-29 arası	98	1,93	0,345	0,563
	30-49 arası	61	1,98	0,243	
	50 ve üstü	68	1,93	0,313	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	44	1,98	0,257	0,146
	İlköğretim	49	2,01	0,223	
	Lise	38	1,87	0,362	
	Ön Lisans	32	1,85	0,327	
	Lisans	26	1,93	0,360	
	Lisansüstü	38	1,94	0,553	

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin yeterliliği, hem sağlanan hizmetin kapsamı hem de bu hizmeti sunan personelin niceliği ve niteliğinin bir ölçütüdür. Bu araştırma ile Bingöl il merkezinde sunulan sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri sunan doktorların yeterliliği, ilde yaşayan ve hizmetin doğrudan alıcısı olan bireylerin görüşleri doğrultusunda elde edilmiştir. Bingöl'de sağlık arz kaynaklarının yeterliliğine yönelik bu güne kadar bir çalışmanın gerçekleştirilmemiş olması bu araştırmayı özgün kılan en önemli parametredir. Ayrıca bizzat hizmet kullanıcılarının sağlık hizmetlerine yönelik uzun deneyimlerine başvurulmuş olması bu araştırmayı özgün kılan diğer bir faktördür. Bu araştırma ile kamu sağlık hizmetlerinin yeterliliği, tıbbi personelin (doktor) niceliksel ve niteliksel durumu ilde yaşayanların bakış açısı ortaya konmuştur. Araştırmada katılımcıların kişisel özellikleri ile ölçüm aracı puan ortalaması arasında istatistiksel önemlilik görülmemiştir. Ancak hizmete duyulan memnuniyet başta olmak üzere kamu tarafından sağlanan sağlık hizmetleri ve bu hizmeti sunan doktorların yetersizliği önemli şekilde vurgulanmıştır. İlde yaşayanların sağlık hizmetlerine ilişkin mağduriyetlerin yaşanmaması için araştırma doğrultusunda aşağıdaki öneriler sıralanmıştır:

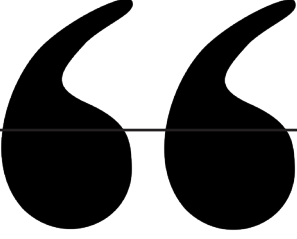
- Yeterli ve nitelikli kamu sağlık binaları inşa edilmelidir
- Uzman hekim sayısı artırılarak vatandaşların sağlık ihtiyacı karşılanmalıdır
- Vatandaşların yeterli düzeyde kamu sağlık hizmetleri aldıklarına yönelik olumlu algıları güçlendirilmelidir



- Çocuklara yönelik sağlık hizmetleri de dikkate alınacak şekilde daha kapsamlı ağız ve diş sağlığı hizmetleri sunulmalıdır
- Diğer illerde de benzer çalışmalar yapılarak kamu sağlık ihtiyacı planlaması yapılmalıdır

## KAYNAKLAR

- Alpar, R. (2014). Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenilirlik (3. Baskı). Detay Yayıncılık.
- Andersen, R.M. and Aday, L.A. (1978). Access to Medical Care in the U.S.: Realized and Potential. *Medical Care*, 14(7), 533-546.
- Ramos, L.M., Quintal, C., Lourenço, Q., Antunes, M. (2019). Unmet Needs Across Europe: Disclosing Knowledge Beyond The Ordinary Measure. *Health Policy*, 123(12): 1155-1162.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). Sağlık istatistik Yıllığı, 2021. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Tan, M. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü ve Değerlendirmesi Bingöl Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Bingöl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bingöl.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). MA, Pearson.
- Wyszewianski, L. 2002). Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Serv Res*, 37(6): 1441-1443.
- Yamson, P., Tetteh, J., DeGraft-Amoah, D., Quansah, H., Mensah, G., Biritwum, R., Yawson, A.E. (2021). Unmet Needs of Healthcare Services and Associated Factors among a Cohort of Ghanaian Adults: A Nationally Stratified Cross-Sectional Study Design. *Inquiry*, 58: 1-11.



## *Bölüm 5*

### **TIBBİLEŞTİRME VE HASTALIK PAZARLAMASI: KAVRAMSAL BİR DEĞERLENDİRME**

*Begüm CEYLAN YORULMAZ<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr. Begüm CEYLAN YORULMAZ, İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, begum.ceylan@kavram.edu.tr, ORCID: 0000-0002-3153-1010.

Sağlık, tıpkı aşk, güzellik ya da mutluluk gibi nesnelleştirilme çabalarına direnen metafizik bir kavramdır. Sağlık, genellikle ancak kaybedildiğinde fark edilmektedir. Sağlıkın peşinde koşmak, aslında sağlıksızlığın bir göstergesidir (Skrabanek, 1994: 15). Ancak modern dünyada tıbbın sağlık üzerindeki rolü giderek artmış, bu durum sağlık anlayışını köklü bir şekilde etkilemiştir. Nitekim Goethe'nin 200 yıl önce modern dünyanın bir tıp enstitüsüne dönüşeceği yönündeki endişesi, günümüzde gereksiz tedaviler ve tıbbın ticari boyutu üzerinden tartışılmaktadır. Tıp, hastalıklara çözüm bulurken, aynı zamanda sağlık çalışanlarının daha çok ekonomik çıkarlar doğrultusunda hareket ettiği eleştirilerine maruz kalmaktadır (Zola, 1994: 43; Ritzer, 2021: 201).

Özellikle modernleşen toplumlarda sağlık politikaları, çoğunlukla sağlıkta iyileşmelerin yeni ve gelişmiş tedaviler ile tıbbi kaynakların daha fazla kullanılabilirliği sayesinde gerçekleşeceği varsayımıyla şekillendirilmektedir. Ancak bu varsayım sorgulanmaya başlamıştır. Öncelikle büyük tıbbi gelişmelere rağmen bazı temel rahatsızlıklar, etkili tedavi ve müdahalelere, sağlık uzmanlarının ve politikaların artışına rağmen direnç göstermiştir. Daha sonra ise modern tıbbın, hastaları sadece semptomlarının bir toplamı olarak gören, duygusal olarak mesafeli ve mekanik bir yaklaşımı benimsemesi eleştirilmiştir. Son olarak, modern tıbbın yararlı ve değerlerden bağımsız bir bilim olduğu iddiası, daha tüketici odaklı ve şüpheli bir geç modern dünyada giderek daha fazla sorgulanmakta ve eleştirilmektedir (Taylor, 1999: 254).

Bu sorgulamalarla birlikte modern tıba yönelik eleştirel kavramlar ortaya çıkmıştır. Bunlardan biri olan tıbbileştirme, bireylerin sağlık deneyimlerini ve hastalık algılarını derinden etkilemektedir. Tıbbileştirmenin sonuçlarından biri, hastaların müşteri konumuna geçişidir. Toplumların gebelik, yaşlanma ve ölüm gibi yaşam olaylarının giderek daha fazla tıbbileştirildiği gözlemlenmektedir. Diğer yandan, hastalık tacirliği, ilaç şirketlerinin insanları hastalandıklarına ve dolayısıyla tıbbi tedaviye ihtiyaç duyduklarına ikna ederek pazarlarını yapay olarak genişletme çabalarını ifade etmektedir. Bu kavramlar, sağlık sektörünün bireylerin yaşamlarına ve toplumun genel sağlık anlayışına nasıl etki ettiğini göstermektedir.

Bu çalışma, tıbbileştirme ve hastalık tacirliği kavramlarının günümüz tıp uygulamalarını anlamadaki önemini vurgulamayı hedeflemektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinde bu kavramların etkileşimi, bireylerin sağlık deneyimlerini nasıl şekillendirdiği ve toplumda yarattığı değişimlere dair eleştirel bir değerlendirme sunacaktır.

### **Tıbbileştirme: “Hasta” Olmaktan “Müşteri” Olmaya Geçiş**

Toplumumuzda hastalık ve rahatsızlıklar hakkında düşünmenin kabul edilmiş yolu, tıbbi model olarak adlandırılmaktadır. Bu model çerçevesinde bireyler, genellikle hasta olmanın veya rahatsızlık hissetmenin tamamen fi-

ziksel bir olay olduğuna inanmaktadır. Bir hastalık veya rahatsızlık, vücuda giren bir mikrop, virüs veya bakterinin yol açtığı bir arıza olarak görülmektedir. Bu sorunun çözümü ise profesyonel tıbbi tavsiye almak ve genellikle zararlı organizmayı yok eden bir ilaç kullanmakla sağlanmaktadır. Böylece vücut, yeniden istikrarlı bir fiziksel duruma dönmektedir. Dolayısıyla, hasta olmak, doğal ve sosyal yaşamımızla pek de ilgili olmayan biyokimyasal bir süreç olarak tanımlanır. Ancak bu yaygın düşünce, hastalığı yalnızca biyolojik bir süreç olarak tanımlamakla sınırlıdır. Bir durumun hastalık olarak kabul edilmesi ve nasıl tedavi edileceği, sadece biyolojik bir zorunluluğun ürünü değildir; aynı zamanda toplumsal davranışa dair geniş çapta sosyal beklentilerle de ilişkilidir. Bu beklentilere uyulmadığında, birey hasta olarak etiketlenebilir ve bu durum, yasal olarak onaylanmış kimyasal, cerrahi ya da elektriksel tedaviler yoluyla toplumsal rollere uygunluğumuzu sağlamaya yönelik müdahalelere yol açabilir (White, 2002: 41).

Bu konuda Parsons'un "hastalık rolü" kavramı akla gelmektedir. Parsons (1964: 262) hastalığı, "değerli görevlerin etkili bir şekilde yerine getirilmesi için optimum kapasite durumunun bozulması" şeklinde tanımlamıştır. Yani Parsons hasta bir bireyin iyileşerek bir an önce o bireye yüklenen toplumsal rol ve sorumluluklara geri dönmesi gerektiğini savunmaktadır. Parsons, hastanın yardım gerektiren bir birey olduğunu ve mutlaka tıbbi destek alması gerektiğini vurgulamaktadır. (Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 244).

Tıbbileştirme kavramı, daha önce tıbbın ilgi alanına girmeyen süreçlerin artık tıp alanına dâhil edilmesi ve bu şekilde müdahale edilebilir hale gelmesiyle alakalıdır (Toraman ve Erdem, 2016: 503). Tıbbileştirmenin temelinde tanımlama yatmaktadır. Yani bir durum, tıbbi terimlerle ifade edilip, tıbbi bir bakış açısıyla ele alındığında ya da tıbbi bir müdahaleyle çözüldüğünde tıbbileştirilmiş olmaktadır (Conrad, 2007: 5). Tıbbileştirme, "genellikle insan yaşamının tıbbi olmayan bazı yönlerinin tıbbi bir sorun olarak kabul edilmesi süreci" şeklinde tanımlanmaktadır (Hofmann, 2016). Tıbbileştirme, insan bedeninin tıbbın kontrolü altına girmesi sürecidir (Pitts, 2008: 24).

Günlük yaşamın büyük bir bölümünün tıbbileştirilmesiyle, "sağlıklı" ve "hasta" etiketlerinin insan yaşamının her geçen gün daha büyük bir kısmına uygulanmasıyla sessiz bir şekilde gerçekleşmektedir (Zola, 1972: 187). Tıbbileşme, insan sorunlarına çözüm bulmak için giderek daha fazla tıbbi kategorilerin oluşturulmasını ifade etmektedir. Tıbbileşme, toplumsal fenomenleri, sosyal farklılıkları ve davranışları açıklamak için tıbbi teorilerin, kavramların ve çerçevelerin artan kullanımıyla ilgilidir (Collyer, 2015: 52).

Conrad ve Schneider'e (1980: 75) göre, tıbbileştirme üç farklı düzeyde gerçekleşebilmektedir:

- Kavramsal Düzey: Bu düzeyde, bir tıbbi terim veya model kullanılarak tıbbi olmayan bir durum mevcut bir sorun olarak tanımlanır.

- Kurumsal Düzey: Bu düzeyde, genellikle sadece bir veya iki hekim, belirli bir sağlık sorununun ya da programın tıbbi olarak kabul edilmesini sağlar. Bu doktorlar, tıbbi tanıları koyarak insanların devlet yardımı gibi hizmetlere erişmesini mümkün kılar. Örneğin, alkolizm tedavi programlarında hekimler tıbbi bir tanı koyar, fakat tedavi sürecinin çoğu tıbbi olmayan personel tarafından gerçekleştirilir. Hekimlerin tıbbi olmayan personeli yönlendirme yetkisine sahip olması, tıbbileştirme sürecinin kurumsal düzeyde bir örneğidir. Bu durumda, hekimlerin hastane yönetimi veya işletme gibi tıbbi olmayan alanlarda herhangi bir akademik yetkinlikleri olmadan liderlik pozisyonlarında bulunmaları, tıbbın diğer meslek dalları üzerinde baskın bir rol oynadığını gösterir. Örneğin, doktorların hastane yöneticisi olarak atanması, tıbbi uzmanlığın sağlık kurumlarındaki tüm karar süreçlerinde ön planda olduğunu yansıtır.

- Hekim-Hasta Düzeyi: Doktor-hasta düzeyinde tıbbileştirme, doktorun bir sorunu tıbbi olarak tanımlaması (örneğin, bir hastalığa teşhis koyması) ya da bir sosyal sorunu tıbbi yöntemlerle çözmeye çalışmasıyla gerçekleşir. Örneğin, bir kişinin mutsuz aile yaşamı gibi sosyal bir sorunu olduğunda, doktorun bu durumu bir hastalık gibi görüp ona sakinleştirici ilaç yazması bu duruma örnek olabilir.

Strong (1979: 199), tıbbileştirmeyi yalnızca hekim-hasta düzeyine indirgemıştır. Bu düzeye indirgemek görünmeyen diğer birçok tıbbileştirme sürecini gözden kaçırmaktadır. Hekimlerin ne yaptığına odaklanmak tıbbileştirme olgusunu anlamada büyük fayda sağlasa da tıbbileştirmenin boyutları değerlendirirken, bir sorunun nasıl tıbbi olarak tanımlandığını (veya tanımlanmadığını) sorgulamak da gerekmektedir. Bununla beraber tıbbileştirme ile ilgili erken dönem çalışmaları da, tıbbileşmeyi anlamının anahtarının hekimler olduğunu varsıymaktaydı. Ancak zamanla tıbbileşmenin hekimler tarafından yeni sorunların tanımlanmasından çok daha karmaşık bir süreç olduğu anlaşılmıştır. Tıbbileşme toplumlarda geniş bir kesiti kapsamakta ve insan yaşamının geniş alanlarını içermektedir. Daha önce ahlaksız, günahkâr veya suçlu olarak tanımlanan davranışlar, tıbbi bir anlam kazanmış, bu da onları kötü olmaktan hastalık haline taşımıştır. Ayrıca anksiyete ve ruh hali, kellik, menstruasyon, doğum kontrolü, kısırlık, doğum, menopoz, yaşlanma ve ölüm gibi belirli yaygın yaşam süreçleri de tıbbileştirilmiştir (Conrad, 2007: 6). Kellik olgusunun tıbbileştirilmesi, yaşamın sıradan süreçlerinin nasıl tıbbi fenomenlere dönüştüğünü açıkça göstermektedir (Moynihan, Heath ve Henry, 2002: 887).

Tıbbileştirme sürecinin ilk aşamasında, sapkın bir davranış (tıbbi tanımlardan önce sosyal olarak istenmeyen bir davranış) seçilmektedir. Yani tıbbi bir tanı konulmadan önce bile toplum tarafından istenmeyen, yanlış ya da kötü olarak görülen bir davranış zaten sapkın olarak değerlendirilmektedir. Örneğin, kronik alkolizm gibi bir durum tıbbileştirilmeden önce bile toplum-

da hoş karşılanmayan bir davranış olması gibi. Daha sonra, tıbbi literatürde bu davranışın bir tıbbi problem olduğu öne sürülmektedir. Tıbbi ve tıp dışı gruplar bu yeni tıbbi sapkınlık kategorisini desteklemek için iddialar ortaya koymaktadırlar. İddialar meşrulaştırıldığında, tıbbileştirme gerçekleşir ve bu tanım kurumsallaşır. Süreç boyunca bu tür tıbbi tanımların tartışmalı ve belirsiz olduğu vurgulanmaktadır (Gabe, Bury ve Elston, 2004: 60).

Tıbbileştirme sürecinde, tüketicilere tıbbi bir sorunları olabileceği düşüncesi sunulurken farkındalıklarının artırıldığı ifade edilmektedir. Farkındalığa sahip olmak, farkında olmamaktan daha olumlu bir durum olarak algılandığı için bireyler bu düşünceye uyum sağlamaktadır (Justman, 2015: 71). Bu sayede sağlık sigortası, sağlık ürünleri ve benzeri ürünlerin satın alınması ve bu ürünlere olan talep, tıbbileştirme sürecini desteklemektedir. Özellikle internet, tüketicilerin sağlıkla ilgili ürünlere daha rahat erişmesine de olanak sağlamaktadır (Cockerham, 2016: 199). Ayrıca, hastaların alternatif bir başvuru kaynağı bulamaması (Feyerabend, 2017: 40) tıbbin alanının genişlemesine ve sağlık sorunlarına sağlam bir tanım ile meşru teşhis kriterleri sunmasına yol açmaktadır. Bu şekilde sıradan hastalıklar, başka türlü elde edemeyecekleri bir ağırlık kazanmıştır (Justman, 2015: 46).

Amerika Birleşik Devletleri, tıbbileştirme süreçlerinin en belirgin şekilde görüldüğü ülkelerden biridir. Özellikle depresyon ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi durumlar, bu süreçlerin önemli örneklerini sunmaktadır. DEHB tanısı alan çocukların sayısında önemli bir artış gözlemlenmiştir. 2000'lerin başında, Amerika Birleşik Devletleri'nde 4-17 yaş arası çocukların yaklaşık %7'sine DEHB tanısı konulmuştur. Bunun sonucunda, Ritalin ve Adderall gibi stimulant ilaçların kullanımı yaygınlaşmış, bu durum tıbbileştirme sürecinin bir örneği olarak kabul edilmiştir. DEHB'nin tıbbi bir sorun olarak algılanması, bu çocukların eğitim ve sosyal yaşamlarında önemli değişikliklere neden olmuştur (Conrad, 2007: 54).

Bazı “tıbbileştirme” biçimleri “hastalık tacirliği” kavramıyla daha iyi açıklanabilmektedir. Hastalık tacirliği, sıradan rahatsızlıkları tıbbi sorunlara dönüştürmeyi, hafif semptomları ciddi görmeyi, kişisel sorunları tıbbi sorunlar olarak ele almayı, riskleri hastalık gibi görmeyi ve yaygınlık tahminlerini potansiyel pazarları en üst düzeye çıkarmak amacıyla çerçevelemeyi içermektedir. Hastalık hakkında kurumsal kaynaklı bilginin, bağımsız bilgilerle değiştirilmesi gerekmektedir. Tedavi edilebilir hastalıkların sınırlarını genişleterek yeni ürünler için pazarları büyütme ihtiyacı, ilaç üreticileri, hekimler ve hasta gruplarının oluşturduğu ittifaklar, medya aracılığıyla belirli durumları yaygın ve ciddi olarak çerçevelemlenmektedir (Moynihan, Heath ve Henry, 2002: 886).

### **Hastalık Pazarlaması (Disease mongering)**

Disease mongering kavramı Türkçeye “hastalık tacirliği” ya da “hastalık pazarlaması” şeklinde çevrilmektedir. Bu kavram, 90'lı yıllarda Lynn Payer

tarafından tanımlanmıştır (Moynihan, 2012). Hastalık pazarlaması (disease mongering) ilaç şirketlerinin insanların hasta olduklarına ve tıbbi tedaviye ihtiyaç duyduklarına ikna ederek pazarlarını yapay olarak genişletme girişimlerini ifade etmektedir (Saddichha, 2010: 268). İlaç şirketleri, sürekli olarak satış büyümesini sürdürme baskısı altındadır. Mevcut ticarileşmiş bir ürünle tedavi edilebilecek hastalık yelpazesini pazarlama yoluyla genişleterek satışlarını artırmaktadırlar. Bu strateji, şirketlerin pazarlarını genişletmelerine olanak tanımaktadır (Ihara, 2012: 115).

Hastalık tanımlamanın kolay hale gelmesiyle, menopoza, adet döngüsü ve hiperaktivite gibi fizyolojik durumlar hastalık olarak adlandırılarak ilaç satışlarının artırılması hedeflenmektedir. Bu bağlamda, bireyler başlangıçta hasta olarak kabul edilmekte ve onlara uygun ilaçlar satılmaktadır (Bulut ve Civaner, 2016: 71). Gündelik yaşam süreçleri veya rahatsızlıklar, tıbbi sorunlara dönüştürmek, ilaç firmalarının stratejilerinden birisidir. Kellik, bunun klasik bir örneği olarak öne çıkmaktadır. Avustralya’da, bir ilaç şirketini temsil eden halkla ilişkiler firması, saç dökülmesinin panik ve duygusal zorluklara yol açabileceğini, ayrıca iş olanakları ve kişisel refah üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini öne süren haberlerin yayılmasını sağlayarak kelliğin tıbbi bir problem olmasına destek olmuştur. İkinci yaygın strateji ise hafif semptomların ciddi bir hastalığı işaret ettiğine vurgu yapmaktadır. Bu, iritabl bağırsak sendromu örneğinde görülebilmektedir. Hafif bir fonksiyonel bozukluk, ilaç tedavisi gerektiren ciddi bir hastalığa dönüştürülmüştür. Kişisel veya sosyal sorunlar da tıbbi sorunlara dönüştürülmektedir (Moynihan, Heath ve Henry, 2002). Hastalık pazarlamasına tipik örnekler arasında sosyal anksiyete bozukluğu, düşük kemik mineral yoğunluğu ve huzursuz bacak sendromu gibi durumlar da sıralanabilmektedir (Ihara, 2012: 115).

Bu kavram, esasen sağlık ürünleri ve hizmetlerinin gereksiz tüketimini teşvik eden stratejileri içermektedir. Bu stratejilerin başlıca amacı, sağlayıcıların finansal kazanç elde etmesidir. Böylece bireyleri hastalıklarının olmadığına ikna etmek (örneğin, menopoza doğal bir yaşam evresi yerine bir hastalık olarak çerçevelemek), hafif durumların ciddiyetini abartmak (örneğin, hafif hipertansiyonu abartmak), belirli tedavi ve tanı prosedürlerinin faydalarını abartmak (örneğin, orta derecede yüksek kolesterol seviyeleri için ilaçların etkinliğini veya 50 yaş altındaki kadınlar için mamografilerin etkinliğini abartmak) ve tıbbi müdahalelerin risklerini küçümsemek (örneğin, meme implantlarını risksiz gibi sunmak) gibi durumlarla hastalık pazarlanmaktadır (Moynihan, 2012).

Hastalık pazarlaması terimi, genellikle “hastalık farkındalığını artırma” gibi daha nötr ve olumlu olarak adlandırılan bir dizi faaliyete yönelik eleştirel bir kavramdır. Bu kavram, tıbbın ticari çıkarlarla iç içe geçmesini daha geniş bir eleştirinin parçası olarak sorgulamaktadır. Özellikle, ticari çıkarların, genellikle şeffaf olmayan bir şekilde, hastalıklarla ilgili farkındalık ve anlayışı



etkilediği gerçeğine odaklanılmaktadır (Doran ve Henry, 2008: 858). Bu süreç, risk faktörlerini hastalık gibi göstermek, hafif sorunları ağır patolojiler olarak sunmak, mevcut tanımları genişletmek ve tamamen yeni tıbbi hastalık kategorileri oluşturmak gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Hastalık pazarlamasının analizi, büyük ölçüde ilaç pazarlamasına ve endüstri-profesyonel ilişkisindeki sağlıksız bağlantılara odaklansa da, bu olgu ilaç şirketlerinin promosyonlarının ötesine uzanan daha geniş ve derin bir sorundur. Bu bağlamda, sıradan hayatın iniş çıkışları giderek daha fazla tedavi edilebilir durumları belirttileri olan hastalıklara dönüştürmekte; böylece pek çok iatrojenik (tedavi kaynaklı) hastalık üretilmekte ve insan olmanın anlamı köklü bir şekilde değiştirilmektedir (Moynihan, 2012).

Illich (2021: 11), iatrojenez terimiyle, tıbbın sağlık açısından önemli bir tehdit haline gelmesini, tıp alanındaki profesyonel egemenliğin artışıyla bağlantılı olarak ele almaktadır. Iatrojenez, tıbbi müdahalelerin istenmeyen veya zararlı sonuçlara yol açtığı durumları ifade eder. Bu kavram, tıbbın sağlığı iyileştirmek yerine, bazı durumlarda hastalık veya zarar yaratma potansiyelini vurgulamaktadır. Tıp, hastalıkları ve ölümü yenmekten ziyade, acıyı hafifletmek, zararları en aza indirmek ve insanın yaşam yolculuğundaki zorlukları azaltmakla ilgilidir. Dolayısıyla, tıbbın ihtiyacı olmayan insanların hayatlarına müdahale etme yetkisi yoktur (Skrabanek, 1994: 22).

Eleştirmenler, ilaç endüstrisinin tanıttığı her yeni hastalığın büyük bir halk sağlığı sorunu olmadığını, aksine bu hastalıkların çoğunlukla ilaç şirketlerinin kârlarını artırma amacını taşıdığını vurgulamaktadır. Örneğin, 1980'lerde hekimler kolesterolün kalp hastalığı üzerindeki etkileri konusunda endişe duymuyordu; ancak son yıllarda, ilaç şirketlerinin çabaları sayesinde yüksek kolesterol seviyeleri önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmeye başlanmıştır. İlaç şirketleri, hastalıkları önlemek, kontrol etmek ve tedavi etmek amacıyla ilaçları araştırmakta, geliştirmekte ve kullanmaktadır. Bu şirketler, ilaçları pazarlayarak yatırımlarını geri kazanmayı ve hissedarlarını ödüllendirmeyi hedeflemektedir. Toplumun çıkarlarına hizmet ediyor gibi görünen bu durum, bazı eleştirmenler tarafından şirketlerin mevcut ilaçlarına uygun yeni hastalıklar icat ettiği bir kısır döngü olarak tanımlanmaktadır. Artan bir şekilde, bu endüstri kar peşinde koşarken, tıbbi hekimler ve hasta destek gruplarıyla birlikte hastalık pazarına yöneldiği yönündeki eleştirilerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu eleştirinin temelinde, insanların genellikle hafif olan rahatsızlıklarının acil olarak ilaç tedavisine ihtiyaç duyduğuna ikna edilmesi yatmaktadır (Wolinsky, 2005: 612).

İlaç şirketleri, hastalıkları önlemek, kontrol etmek, tedavi etmek ve sempoamları hafifletmek amacıyla ilaçlar geliştirip, bu ilaçları kullanıma sunmaktadırlar. İlk bakışta bu durum toplumun çıkarlarına hizmet ediyor gibi görünse de eleştirmenler bunu firmaların mevcut ilaçlarına uygun yeni hastalıklar icat ettiği kısır bir döngü olarak tanımlamaktadırlar. İlaç endüstrisi, toplumu

rahatsızlıkların acilen ilaç tedavisi gerektirdiğine ikna ettikleri gerekçesiyle suçlanmaktadır (Wolinsky, 2005: 612). Elliott (2011) ise tüm suçun ilaç endüstrisine atılmasının cazip olduğunu belirtmektedir. Ona göre, bu endüstrinin bu kadar büyümesinin temel nedeni, endüstriye destek veren hekimler ve akademisyenlerdir. Hajjaj ve arkadaşları da (2010) doğru tanıyı koyma ve uygun tedaviyi seçmeyi etkileyen faktörlerden birinin klinisyenlerin ilaç şirketleriyle olan ilişkileri olduğundan söz etmektedir. Bu sebeple dünyanın ilaç ticaretinin büyük bir kısmı yasal bir şekilde devlet onaylı ilaçlar, hekimler tarafından reçete edilen veya eczanelerde satılan ilaçları içermektedir. Yasal ilaç endüstrisinin genel imajı, beyaz laboratuvar önlükleri giymiş çalışanlar olsa da, gerçeklikte halkla ilişkiler, pazarlama ve yönetim, ilaç araştırma ve geliştirme harcamaları görünen imajın arkasındaki asıl unsurlardır (Burton ve Rowell, 2003: 1).

Geleneksel görüş, ilaçların hastalıklara yanıt olarak geliştirildiğini söylese de çoğu zaman ilaç şirketlerinin halkla ilişkiler gücü, yeni hastalıkların tanımlanmasına yol açarak, ilaçlarını karşılayacak bir pazar yaratmaya çalıştıkları bir fenomeni oluşturmaktadır (Burton ve Rowell, 2003: 3). Büyük ilaç şirketlerinin yüksek kolesterol, depresyon ve menoz gibi rahatsızlıkları ilaç satışlarını artırmak amacıyla pazarlama kampanyalarıyla öne çıktığı, bu kampanyaların kimi zaman az bilinen hastalıklara dikkat çektiği, kimi zaman hastalıkları yeniden tanımladığı ya da tamamen yeni hastalıklar yaratarak tıbbileştirme sürecine hizmet ettiği söylenebilmektedir (Moynihan ve Cassels, 2010). Sağlıklı insanları hasta olduklarına ve ilaç kullanmaları gerektiğine ikna etmek ilaçlar ve tedavi ürünleri için devasa bir pazar yaratmaktadır. Bu pazara katkı sağlayan tıbbileştirme, sıradan yaşam olaylarını ve bu olayların doğal iniş çıkışlarını tıbbi durumlara dönüştürme sürecidir. Hayatın doğum, yaşlanma, cinsellik, mutsuzluk ve ölüm gibi birçok normal süreci tıbbileştirilebilmektedir (Shankar ve Subish, 2007: 275).

Hastalık pazarlamasının temel amacı, tıbbi teknolojilere olan talebi artırmaktır. Bu talep, iki tür faktörden kaynaklanmaktadır. Bireyleri hastalık olarak hissetmeye yönlendiren itme faktörleri ve hastalıkları tedavi etmek için tıbbi teknolojilere yönlendiren çekme faktörleri. Bir hastalığı satma ilgisi, yalnızca tedavi veya prosedür satma niyetinde olanlarla sınırlı değildir. Aynı zamanda tanı koyan ve tedavi yazan profesyonellerle, tanı konmak ve tedavi edilmek isteyen bireylerle de bağlantılıdır. Hastalık pazarlaması, çağdaş tıbbin teknolojilere olan derin bağımlılığına, profesyonellerin ve halkın yeni ilaçların sunduğu olanaklara kapılma eğilimine ve rekabet avantajı için sürekli yeniliğe bağlı olan bir endüstriye dikkate alınmadan tam olarak anlaşılabilir değildir (Doran ve Henry, 2008: 860).

## Sonuç

Tıbbileştirme ve hastalık pazarlama, birbirini destekleyen süreçlerdir. Tıbbileştirme, ilaç ve tedavi ihtiyacını genişleterek sağlık sektörüne yeni fırsatlar yaratırken, hastalık pazarlama bu süreçleri hızlandırmaktadır. Özellikle sağlık sistemlerinin ticarileştiği ve rekabetin arttığı ortamlarda, bireylerin sağlık kaygıları üzerinden pazar yaratma ve büyütme stratejileri devreye girmektedir. Bu çerçevede, sağlıklı bireylerin risk faktörlerine dayanarak hastalık sahibi olarak tanımlanması, gereksiz testler, ilaçlar ve tedavi müdahalelerine yol açarak bireylerin gereksiz yere ilaç kullanmasını ve yan etkiler yaşamasını artırmaktadır. Normal durumlar, menopoz, yaşlanma belirtileri ve hafif depresif hisler gibi, ilaç sektörleri tarafından tedavi edilmesi gereken bozukluklar olarak pazarlanmakta ve bu durum toplumda yanlış sağlık algıları yaratmaktadır.

Tıbbileştirme ve hastalık pazarlaması süreçleri, menopoz, yaşlanma belirtileri ve hafif depresif hisler gibi normal yaşam olaylarını patolojik durumlar olarak yeniden tanımlamakta, ilaç endüstrileri tarafından tedavi edilmesi gereken bozukluklar olarak pazarlanmaktadır. Bu da yalnızca bireylerin değil, toplumların genel sağlık algısını değiştirmekte, sağlıklı bireyleri bile tedavi edilmesi gereken hastalar olarak görmeye teşvik etmektedir. Bu olgu, küresel ölçekte sağlık harcamalarının ve ilaç tüketiminin artmasına yol açmakta, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini yükseltmektedir. Özellikle ABD, Avrupa ve gelişmekte olan ülkelerde, ilaç şirketlerinin baskınlığı ve pazarlama faaliyetlerinin sağlık sistemlerini nasıl etkilediği üzerine yapılan uluslararası araştırmalar, bu sürecin geniş ölçekli etkilerini gözler önüne sermektedir (Moynihan, Heath ve Henry, 2002).

Hastalık pazarlaması, ilaç şirketlerinin çıkarlarının, önerilen farmakoterapinin beklenen faydalarını aşması durumunda ortaya çıkabilmektedir (Ihara, 2012: 119). İlaç endüstrisinin fonladığı bu etki alanlarının gerçek boyutu ve etkileri hakkında çok az şey bilinmektedir. Bu sebeple bu pazarın işleyişi hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Buradaki temel kaygı, halkın sağlık ve hastalık algısını değiştirmeye yönelik görünmez ve denetlenmeyen girişimlerin, yeni ilaçlar için pazar genişletme çabalarına olan etkisidir. Bu iki yaklaşım, bireylerin sağlıklarını algılayış biçimlerini köklü şekilde değiştirmiştir. Bu değişim, yalnızca bireysel düzeyde değil, toplumsal düzeyde de sağlık anlayışının dönüşmesine neden olmuştur. Bireyler, kendilerini sürekli olarak bir tedavi edilmesi gereken sağlık sorununa sahip olarak görme eğilimine girmiştir. Bu durum da sağlık harcamalarının ve ilaç tüketiminin artmasına yol açmaktadır. Aynı zamanda, tıbbi etik açısından da ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Gereksiz tedaviler, aşırı tanı ve genişletilen hastalık kategorileri, bireylerin sağlıklarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Sonuç olarak, tıbbileştirme ve hastalık pazarlaması, toplumda sağlık ve hastalık kavramlarının yeniden değerlendirilmesini gerektiren bir konu haline gelmiştir. Bireylerin bu süreçlere daha bilinçli yaklaşması ve sağlık sistemlerinin daha şeffaf, hasta odaklı bir yapıya kavuşması, gelecekteki halk sağlığı politikaları açısından büyük önem arz etmektedir. Ayrıca, bu süreçlerin ekonomik, politik ve sosyokültürel dinamikler içindeki rolü dikkate alındığında, uluslararası düzeyde daha geniş kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Doran ve Henry, 2008: 860).

## KAYNAKÇA

- Aytaç, Ö. ve Kurttaş, M. Ç. (2015), “Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1): 231- 250.
- Bulut, F. B., ve Civaner, M. M. (2016), “Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık “Hasta yok, Hastalık var!” ”, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 3(2): 66-73.
- Cockerham, W. C. (2016), *Medical Sociology*, New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Collyer, F. (2015), “Karl Marx and Frederich Engels: Capitalism, Health and the Healthcare Industry” içinde *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, F. Collyer., (Ed.), (ss. 35-58), Palgrave Macmillan.
- Conrad, P. (2007), *The Medicalization of Society On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. ve Schneider, J.W. (1980), “Looking at levels of medicalization: a comment on Strong’s critique of the thesis of medical imperialism”, *Social Science and Medicine*, 14A: 75-79.
- Doran, E. ve Henry, D. (2008), “Disease mongering: expanding the boundaries of treatable disease”, *Internal Medicine Journal*, 38:858-861.
- Elliott, C. (2011), *Beyaz Önlük Siyah Şapka Modern Tıbbın Karanlık Yüzüne Yolculuk*, 1. Baskı, İstanbul: Hayyikitap.
- Feyerabend, P. (2017), *Özgür Bir Toplumda Bilim*, Üçüncü Basım, (Çev. Ahmet Kardam), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Gabe, J. Bury, M. Elston, M. A. (2004), *Key Concepts in Medical Sociology*, London: Sage Publications.
- Hajjaj, F. M., Salek, M. S., Basra, M. K., Finlay, A. Y. (2010), “Nonclinical influences, beyond diagnosis and severity, on clinical decision making in dermatology: understanding the gap between guidelines and practice”, *Br J Dermatol.*, 163(4): 789-799.
- Hofmann, B. Reid., L. Carter, S., Rogers, W. (2021), “Overdiagnosis: One Concept, Three Perspectives, and A Model”, *Eur J Epidemiol*, 36(4): 361-366.
- Ihara, H. (2012), “A cold of the soul: a Japanese case of disease mongering in psychiatry”, *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 24:115-120.
- İllcih, I. (2021), *Sağlığın Gaspsı*, (Çev. S. Sertabiboğlu), 6. Basım, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Justman, S. (2015), *The Nocebo Effect Overdiagnosis and Its Costs*, First Published, New York: Palgrave Macmillan.
- Moynihan, R. Heath, I., Henry, D. (2002), “Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering”, *BMJ*, 324(7342): 886-891.

- Moynihan., R. (2012), *Disease-mongering*. The Politics of Medicines (e-Encyclopaedia).
- Parsons, T. (1964), *Social Structure and Personality*. Free Press of Glencoe: NewYork.
- Pitts-Taylor, V. (2008), *Cultural Encyclopedia of the Body: AL (Vol. 1)*. Greenwood Press.
- Saddichha, S. (2010), "Disease mongering in psychiatry: fact or fiction?", *World Medical & Health Policy*, 2(1): 267-284.
- Shankar, P. R., Subish, P. (2007), "Disease Mpngering", *Singapore Med J.*, 48(4): 275-280.
- Skrabaneck, Petr. (1994), *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*. Thomas Reed Publications.
- Strong P. M. (1979), "Sociological imperialism and the profession of medicine: a critical examination of the thesis of medical imperialism", *Soc. Sci. Med.* 13A, 199-215.
- Taylor, S. (1999), "Health, Illness and Medicine" içinde Sociology Issues and Debates, S. Taylor (Ed.), (ss. 253-277), Hampshire: Macmillan.
- Toraman, A., Erdem, R. (2016), "Kavramsal Açıdan Tıbbileştirme", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(4): 503-510.
- White, K. (2002), *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, First published, London: Sage Publications.
- Wolinsky, H. (2005), "Disease mongering and drug marketing. Does the pharmaceutical industry manufacture diseases as well as drugs?", *EMBO Rep*, 6(7):612-614.
- Zola, I. (1972), "Medicine as an Institution of Social Control", *Sociological Review*, 20(4): 487-504.
- Zola, I. K. (1994), "Sağlık ve Köreltici Tıp", içinde Profesyoneller İktidarı, I. Illich, J. Mcknight, J. Caplan, H. Shaiken., (Ed.), (Çev. C. Cerit), (ss. 13-45), 1. Basım, İstanbul: Pınar Yayınları.