



T.C.  
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
İŞL-DR-2010-0003

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ  
VE  
KAMU HASTANELERİNİN PERFORMANSLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**HAZIRLAYAN  
Alın OKURSOY**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Muhsin ÖZDEMİR**

**AYDIN - 2010**

**T.C.  
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
İŞL-DR-2010-0003**

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ  
VE  
KAMU HASTANELERİNİN PERFORMANSLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**HAZIRLAYAN  
Algın OKURSOY**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Muhsin ÖZDEMİR**

**AYDIN - 2010**

Bu tezde görsel, işitsel ve yazılı biçimde sunulan tüm bilgi ve sonuçların akademik ve etik kurallara uyularak tarafımdan elde edildiğini, tez içinde yer alan ancak bu çalışmaya özgü olmayan tüm sonuç ve bilgileri tezde kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Adı Soyadı : Algın OKURSOY

İmza :

**YAZARIN ADI SOYADI**

**TEZ ADI:** Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi

**ÖZET**

Sağlık bireyler için yaşamsal öneme sahiptir. Sağlıksız bir birey topluma faydalı olmayacak ve mutsuz olacaktır. Sağlığı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılan bu faktörler, eğitim, kültür, gelir ve işsizlik gibi başlıklar altında incelenmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri bireylerin sağlığını etkiledikleri gibi, sağlık sistemlerinin de etkinlik ve verimliliklerini etkilemektedirler. Bu nedenle, politika yapıcıların sosyal belirleyiciler üzerine odaklanmalıdırlar.

Hastaneler, sahip oldukları yetişmiş insan gücü, ileri teknoloji ve donanımlarıyla kapasitelerine bağlı olarak karmaşık sağlık hizmetleri sunan kurumlardır. Hastane performansının değerlendirilmesi üzerine birçok ülkede çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmalarda, hastanelerin hizmet verdikleri bölgesel farklılıkların performans değerlerine etkileri göz ardı edilmektedir. Eğer bölgesel farklılıkların analitik olarak hastane performansları ile arasındaki ilişki ortaya konulabilirse, performans değerlendirme kapsamında yapılan etkinlik ve verimlilik analizlerinin, bu farklılıkları göz önüne alacak şekilde biçimlendirilmesi gerekecektir.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER:** Sağlık, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Sağlık Sistemi, Hastane Performansı

**NAME AND SURNAME:** Algin OKURSOY

**TITLE:** Health System of Turkey and Evaluation of Public Hospitals Performance

## **ABSTRACT**

Health is a vital issue for individuals. Unhealthy person will not be useful for society and will be unhappy. There are many factors that have effect on health. These factors are called social determinants of health. Social determinants of health are examined under such titles as education, culture, income and unemployment. Social determinants of health, as they affect the health of individuals, affect the productivity and efficiency of health systems. Therefore, policymakers should focus on social determinants.

Hospitals are an important part of any health system that they provide complex curative care that, depending on their capacity, well trained human power, advanced technology and special equipment. There are many academic studies for evaluation of hospital performance. In those studies, regional differences of hospitals, where hospitals serve, are ignored. If relationship between regional differences and hospital performance could be put forth, productivity and efficiency analysis of hospital performance should be reformatted by considering these differences

**KEYWORDS:** Health, Social Determinants of Health, Health System, Hospital Performance

## ÖNSÖZ

Hastane performanslarının değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan çalışmalarda, hastanelerin hizmet verdikleri bölgesel farklılıkların performans değerlerine etki edebileceği göz ardı edilmektedir. Eğer bölgesel farklılıkların analitik olarak hastane performansları ile arasındaki ilişki ortaya konulabilirse, performans değerlendirme kapsamında yapılan etkinlik ve verimlilik analizlerinin, bu farklılıkları göz önüne alacak şekilde biçimlendirilmesi gerekecektir.

Bu doktora tez çalışma analitik yöntemler yardımıyla hastanelerin hizmet verdikleri bölgelerin farklılıklarının performans değerlerine etkisi gösterilmeye çalışılmaktadır. Bu etkinin ortaya konulması, performans değerlendirme analizlerinin bölgesel farklılıkları dikkate alacak şekilde yapılmasını işaret edecektir.

Bu çalışmanın hazırlanması sırasında yardımlarından dolayı tez danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Muhsin ÖZDEMİR'e göstermiş olduğu sabır, anlayış ve destek için teşekkürü borç bilirim.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
EKLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	x
GİRİŞ.....	1
MATERYAL VE METOT.....	5
MATERYAL.....	5
METOT .....	6

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### 1.SAĞLIK VE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

1.1 SAĞLIĞIN TANIMI .....	7
1.2 SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ.....	13
1.2.1 Sosyal Tabaka – Gelir ve Sosyal Statü ve Sağlık.....	23
1.2.2 Stres ve Sağlık .....	25
1.2.3 Erken Yaşam ve Sağlık.....	25
1.2.4 Sosyal Ayrımcılık ve Sağlık.....	26
1.2.5 Çalışma Şartları ve Sağlık.....	27
1.2.6 İşsizlik ve Sağlık.....	28
1.2.7 Sosyal Destek ve Sağlık.....	29
1.2.8 Bağımlılık ve Sağlık .....	30

1.2.9	Gıda ve Sağlık .....	31
1.2.10	Ulaşım ve Sağlık.....	31
1.2.11	Eğitim ve Sağlık .....	32
1.2.12	Biyolojik - Genetik Özellikler ve Sağlık .....	33
1.2.13	Cinsiyet ve Sağlık.....	35
1.2.14	Barınma ve Sağlık .....	37
1.2.15	Çevre ve Sağlık .....	39
1.2.16	Küreselleşme ve Sağlık.....	45
1.2.17	Ölçme, Kanıtlara Dayandırma ve Sağlık .....	47
1.2.18	Sosyal Güvence ve Sağlık.....	49
1.2.19	Sağlık Sistemi ve Sağlık .....	51

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2.SAĞLIK SİSTEMİ TANIMI, SINIRLARI VE GENEL OLARAK TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

2.1	SİSTEM YAKLAŞIMI VE BAZI TEMEL KAVRAMLAR .....	53
2.2	SAĞLIK SİSTEMİNİN TANIMI VE AMAÇLARI .....	55
2.3	SAĞLIK SİSTEMİNİN SINIRLARI .....	58
2.4	SAĞLIK SİSTEMİNİN UNSURLARI .....	60
2.5	SAĞLIK HİZMETİ TANIMI .....	63
2.6	SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	65
2.7	SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....	66
2.8	TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ.....	69
2.8.1	Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi.....	71
2.8.1.1	1920-1938 Dönemi Türk Sağlık Sistemi.....	71
2.8.1.2	1939-1960 Dönemi Türk Sağlık Sistemi.....	72
2.8.1.3	1961-1980 Dönemi Türk Sağlık Sistemi.....	73
2.8.1.4	1981-Günümüze Dönemi Türk Sağlık Sistemi .....	74
2.8.2	Göstergelerle Türk Sağlık Sistemi.....	74



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3.SAĞLIK BAKIM ORGANİZASYONLARI OLARAK HASTANELER

3.1	HASTANELERİN TANIMI.....	78
3.2	HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI.....	79
3.3	HASTANELERİN İŞLEVLERİ .....	80
3.4	HİZMET İŞLETMESİ OLARAK HASTANELER .....	82
3.5	HASTANE PERFORMANSI.....	85
3.6	LİTERATÜRDE ETKİNLİK VE VERİMLİK ÜZERİNE HASTANE PERFORMANSI ÇALIŞMALARI .....	89

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4.SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ İLE HASTANE PERFORMANSLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

4.1	ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI.....	92
4.2	ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	93
4.3	ARAŞTIRMANIN MODELİ .....	93
4.4	ARAŞTIRMANIN SINIRLARI .....	94
4.5	ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	95
4.6	ANALİZİ VE YORUMLANMASI .....	98
SONUÇ VE ÖNERİLER.....		105
KAYNAKLAR.....		111
EK-1 HASTANELERİN PERFORMANS VE İLÇELERİN SOSYOEKONOMİK DEĞİŞKENLERİNE AİT DEĞERLER .....		i
ÖZ GEÇMİŞ .....		15

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1 Sağlığın Boyutları .....	10
Şekil 1.2 Sağlığı Etkileyen Faktörler .....	11
Şekil 1.3 Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Model Yapı.....	18
Şekil 2.1 Sistemin Temel Unsurları.....	54
Şekil 2.2 Sağlık Sisteminin Amaçları ve Diğer Sistemler İle Etkileşimi.....	57
Şekil 2.3 Sağlık Sisteminin Unsurları ve Sistemin Araçları Arasındaki İlişki.....	62
Şekil 2.4 Sağlık Sistem Modeli .....	64
Şekil 2.5 Hizmetlere İlişkin Özellikler .....	67
Şekil 4.1 Araştırmanın Modeli .....	94

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1 Bölgelere Göre Ortalama Yaşam Beklentisi (2008 Yılı) .....	14
Tablo 1.2 Canlı Doğum Ölüm Oranı (Her 1000 Doğumda)(2008 Yılı) .....	15
Tablo 1.3 Bölgelere Göre TB Hastalığının Yaygınlık Oranı (2008) .....	16
Tablo 1.4 Sağlığın Sosyal Belirleyicileri .....	22
Tablo 2.1 2003 yılı itibariyle Ülkelerin Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsılaya Oranı.....	75
Tablo 2.2. 2003 yılı itibariyle Ülkelerin Kişi Düşen Başına Sağlık Harcamaları .....	75
Tablo 2.3. Ülkelerin Her 10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayıları.....	76
Tablo 4.1 Araştırmada Kullanılan Değişkenler.....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
Tablo 4.2 Kanonik Korelasyon Analizinde Kullanılan Değişkenler .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
Tablo 4.3 Kanonik Korelasyon Analizinde Kullanılan Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	99
Tablo 4.4 Kanonik Korelasyon Analizinde Kullanılan Değişkenlere Ait Korelasyon Matrisi.....	100
Tablo 4.5 Kanonik Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Testi Sonuçları .....	101
Tablo 4.6 Hastane Çıktı Değişkenlerinin Kanonik Değişkenleri Açıklama Yüzdeleri	101
Tablo 4.7 Sosyoekonomik Değişkenlerin Kanonik Değişkenleri Açıklama Yüzdeleri	102
Tablo 4.8 Kanonik Yükler ve Kanonik Çarpaz Yükler .....	103

## EKLER LİSTESİ

Ek-1 Hastanelerin Performans Ve İlçelerin Sosyoekonomik Değişkenlerine Ait Değerler.....	148
--	-----

## KISALTMALAR ve SİMGELER

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AIDS</b>	: Acquired Immune Deficiency Syndrome - ( <i>Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu/EBES</i> )
<b>AMA</b>	: Amerikan Pazarlama Birliği
<b>AR-GE</b>	: Araştırma ve Geliştirme
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>OECD</b>	: İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>TB</b>	: Tüberküloz – Verem
<b>VZA</b>	: Veri Zarflama Analizi
<b>WHPHA</b>	: World Federation of Public Health Associations - Dünya Halk Sağlığı Dernekleri Federasyonu -

## GİRİŞ

İnsanlar çok eski çağlardan beri sağlığın önemini kavramışlardır. İlk çağlarda insan sağlığının bozulması, doğa dışı güçlerin etkisine bağlanıyordu. Uygarlığın gelişmesi ile tıp bilimi ilerleyerek toplumda görünen hastalıkların nedenleri bulabilmiş ve tedavi yöntemlerini geliştirmiştir.

Gelişmiş bir toplum seviyesine ulaşabilmek ancak, sağlıklı bireylerin varlığı ile mümkün olacaktır. Bu nedenle sağlık, toplumlar için öncelikli bir amaç olmaktadır. Yaşamak, öğrenmek, iş yapabilmek, eğlenmek ve aile kurabilmek için sağlıklı olmak gerekir. Sağlığı kaybetmiş olan birey toplum içerisinde kendisine atfedilen görevlerini tam olarak yapamayacaktır. Bunun sonucu olarak da, birey kendisine, ailesine, çevresine ve topluma yararlı olamayacaktır. Sağlık olgusu bireyler için önemli olduğu kadar toplumlar için de önemlidir. Toplumda sağlık ve hastalık kavramları zıt anlamlı kullanılmaktadır. Ancak, hasta olma durumu sağlığını kaybetme olarak tanımlanabilirken, sağlık hasta olmama durumu olarak tanımlanabilmektedir. Bireyin sağlığını kaybettiği anda kendisini hasta olarak tanımladığı düşünülürse, toplumda yaşayan hangi bireylerin hasta olduğunu belirlemek zor olacaktır. Sağlığı etkileyen faktörlerin çokluğu tanımının yapılmasını zorlaştırmakta ancak, gerekli kılmaktadır.

Sağlık, hastalık kavramı ile zıt anlamlı olarak düşünülürse tanımı eksik kalmaktadır. Hastalık, bireylerin sağlıklarını kaybetmeleri durumudur. Ancak, bireyler bazı hastalıkların belirtilerini gösterebilir dahi, kendilerini hasta olarak algılamamaktadırlar. Aynı zamanda, sağlık hasta olmama durumu olarak tanımlandığında, hiç kimsenin sağlıklı olduğu söylenemez. Bu durumda sağlık en genel tanım ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel iyilik hali bedensel, ruhsal iyi olma hali psikoloji ile ilgilidir. Sağlık tanımı içerisinde yer alan sosyal iyi olma durumu kişilerin sosyal yapı içerisindeki cinsiyet, gelir, iş ortamı gibi faktörler neticesinde oluşan sınıflar ile ilgili bir boyuttur. Eğer, sağlığın tanımı içerisinde sosyal boyuta yer verilmezse, sosyoekonomik düzeyi düşük insanlar için hastalığın kötü bir şans değil sonuç olduğu sonucuna varılacaktır. İnsan sosyal bir varlıktır ve çevresiyle etkileşim içerisinde. Toplumda yer alan faktörlerden etkilenmesi kaçınılmaz bir sonuçtur.

Sağlığa etki eden sosyal faktörlerin incelenmesi 19. yy'da gerçekleşen sanayi devrimine dayanmaktadır. Bu dönemde büyük kentler kurulmuş, üreticiler fabrikalarda bir araya gelmeye başlamış, ortak yaşam alanları ortaya çıkmış ve buna bağlı olarak sağlığı etkileyen pek çok sosyal faktör doğrudan gözlenebilir hale gelmiştir. Aynı zamanda, gözlemler sonucunda elde edilen veriler neticesinde, hastalık ve ölüm oranlarının yoksullukla ilişkisi ortaya konulmuştur. Bu ilişki gelire bağlı olarak meydana gelen sağlıkta eşitsizliği gözler önüne sermiştir.

Toplumların sağlığı, sahip oldukları kültür, din, sosyoekonomik yapı ve eğitim gibi unsurlardan etkilenirken, toplumu oluşturan bireylerin sağlık durumları da etkilenecektir. Toplumun sosyoekonomik yapısının düşük olması, sağlığa ayrılan kaynakların yetersiz olmasına neden olacaktır. Sağlığa yetersiz kaynak ayrılması neticesinde, yürütülen aşı, veremle savaş, anne ve bebek sağlığı, sağlık uygulamaları eğitimleri gibi toplumsal sağlık kampanyalarının sayısında azalma görülecektir. Toplumların eğitim seviyelerinin yüksek olması, sağlığın iyileştirilmesine doğrudan değil dolaylı yolda etki edecektir. Gelir seviyesi yüksek olan bireyler sağlık hizmetlerine kolay ve kaliteli bir şekilde ulaşırken, sınıfların daha alt seviyesinde olan bireyler için sağlık hizmetlerinin acil ve yerinde sağlanmasına sorunlarla karşılaşılacaktır. Toplumlar içerisinde çeşitli faktörler ile oluşan (meslek, gelir, cinsiyet, din gibi) sınıflar neticesinde bireyler arasında sağlıkta eşitsizlik meydana gelecektir. Sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılan bu faktörler, sağlıkta meydana gelen eşitsizliğin temel nedeni olarak gösterilmektedir.

Sağlığa etki eden sosyal belirleyiciler, sağlığın sadece tıp biliminin ilgilendiği bir olgu olmaktan çıkarmış, birden fazla boyut içeren ve birçok bilim ile ilişkili olan bir olgu haline getirmiştir. Aynı zamanda, sosyal belirleyiciler klasik tıp anlayışını değiştirerek hastalıkları tedavi edici yaklaşımdan daha çok sağlığı koruyucu ve hastalıkları önleme amaçlı bir bakış açısı da getirmişlerdir. Sağlığın sosyal belirleyicileri stres, cinsiyet, gelir, işsizlik, eğitim, ayrımcılık, sağlık sistemi gibi faktörleri içermektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri altında verilen bütün faktörler, doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık üzerinde bir etkiye sahiptirler. Faktörler bazı durumlarda birbirleri ile ilişki içerisinde olabilmektedirler. Örneğinin etkileri bazı durumlarda birbirleri üzerinde gözükebileceği gibi, bazı durumlarda da birbirlerini tetikleyici özellik gösterebileceklerdir. Sosyal belirleyiciler, birbirleriyle ilişki içerisinde oldukları için.

Toplumların sağlık seviyelerinin iyileştirilebilmesi için sosyal belirleyicilere daha fazla önem verilemesi gereklidir. Bireylerin sağlığı anayasalar ile yönetimler tarafından garanti altına alındığına göre, politika yapıcılar sosyal belirleyicileri merkezinde politikalar geliştirmelidirler. Geliştirilen politikaların sosyal belirleyicileri göz ardı etmesi, sağlık sistemlerini oluşturan unsurlar arasındaki etkileşimlerin aksamasına ve etkinlik ve verimliliklerinin azalmasına neden olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlamak üzere görev yapan sağlık sistemleri, sosyal bir sistem olarak oldukça karmaşık bir yapıya sahiptirler. Temel olarak dört ana unsuru olan sağlık sistemlerinin temel amacı toplumların sağlık seviyelerini iyileştirmektir. Bu amacının yanında diğer sosyal sistemler (eğitim, ekonomi gibi) ile ortak amaçlara sahiptirler. Sağlık sistemleri amaçlarını gerçekleştirirken diğer sistemler ile etkileşim halindedirler. Sağlık sistemlerinin tanımının yapılabilmesi için öncelikle sınırlarının çizilmesi gerekmektedir. Literatürde sağlık sistemlerinin sınırlarının ne olduğu konusunda birliktelik bulunmamaktadır. Bu doktora tez çalışmasında sağlık sistemlerinin sınırları DSÖ'nün yapmış olduğu tanım çerçevesinde ele alınmıştır. Bu tanıma göre, sistemin sınırları ana amacı sağlık olan faaliyetler ile çizilmiştir.

Sağlık sistemlerini etkin ve verimli çalışmasını sağlayacak olan yönetimler, kaynakların sağlanması ve sistemin finansmanından sorumludurlar. Sistemin işleyebilmesi için gerekli olan kaynakların temin edilmesinden sonra sağlık hizmetlerinin sunumu gerçekleşecektir. Yukarıda bahsedilenler sağlık sisteminin ana unsurlarını oluşturmaktadır. Bu unsurlar birbirlerinden bağımsız değildir. Yönetimler unsurlar arasındaki etkileşim ve paylaşımları kontrol etmek ile sorumludur.

Sağlık sistemleri toplumların sağlık seviyelerini iyileştirecek olan hizmetler sunmaktadırlar. Sağlık hizmetleri, üretimlerinden tüketimlerine kadar olan süreç dikkate alındığında diğer hizmet çeşitlerinden farklılık göstermektedirler. Sağlık hizmetleri ertelenemez ve acil olarak sunulmaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerini almak için sisteme dâhil olan bireyler, hizmetin teknik yönüne ilişkin olan bilgi yetersizlikleri neticesinde teknik kalitenin ölçülmesinden yoksundurlar. Ancak, sağlık hizmetleri bireylerin yaşamlarına ilişkin olduklarından her seferinde aynı kalitede sunulmalıdırlar.



Sağlık hizmetinin sunumunda en eski organizasyonlardan olan hastaneler, sahip oldukları yetişmiş insan gücü, ileri teknoloji ve donanımlarıyla kapasitelerine bağlı olarak karmaşık sağlık hizmetleri sunan kurumlardır. Hastanelerde, sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmasının yanında, sağlık personelinin eğitilmesi, araştırma ve geliştirme çalışmaları gibi daha bir çok faaliyet yürütülmektedir. Hastaneler, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde merkezi bir rol üstlenmektedirler. Sağlık hizmetleri için gerekli bilgi kaynağını oluşturan, bilgi ve beceri transferinin merkezidirler. Sağlık sistemine ayrılan kaynakların kullanılmasında en büyük pay hastanelere aittir. Hastaneler sahip oldukları bütün bu özellikler nedeniyle, ait oldukları sağlık sisteminin değişmez ve en önemli unsurlarıdır.

Açık ve dinamik bir sistem olarak hastanelerin sağlık sistemi içerisinde en büyük kaynak kullanım oranına sahip olmaları, sahip oldukları kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını gerekli kılmaktadır. Hastanelerin etkinlik ve verimliliklerinin değerlendirilebilmesi için performans değerleri için ölçümlerin yapıp analiz edilmesi gerekmektedir. Hastane performanslarının değerlendirilmesinde en büyük sorun güvenli ve güncel verilerin olmayışıdır. Oysa ölçülebilir ve güncel değerlerin elde edilmesi, hastanelerin vermiş oldukları sağlık hizmetlerinin performanslarına ilişkin güncel bilgiler verebilir.

Sistem yaklaşımı çerçevesinde hastaneler çevreleriyle devamlı etkileşim halindedirler. Sistemlerine dâhil ettikleri girdileri süreçlerinden geçirerek yine aynı çevreye vermektedirler. Bu etkileşim sonucunda hastanelerin performans değerleri buldukları bölgelerin özelliklerinden (eğitim seviyesi, gelir, şehirleşme gibi) etkilenebileceklerdir. Örnek olarak, eğitim seviyesi düşük bireyler sağlık sorunlarını önemsemeyecek ve hastaneye gitmeyebileceklerdir. Aynı şekilde, bir bölgede sosyal güvence sistemi dışında kalan yoksul bireyler gerekli maddi imkânları olmadığı için hastaneye gitmeyecekler ve gerekli sağlık hizmetlerinden uzak kalacaklardır.

Literatürde, hastane performansı üzerine birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar daha çok hastanelerin göreceli etkinlik değerlerinin karşılaştırılması şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda, hastanelerin performanslarını birim bazında görülen vaka ve başarı durumlarını ele alarak değerlendirmişlerdir. En çok kullanılan yöntem ise, hastanelerin doktor sayısı, hemşire sayısı, ameliyathane sayısı gibi girdileri ile ürettikleri çıktı değerlerinin karşılaştırılmasıdır. Bu yöntemde, çıktı değeri olarak

ayakta tedavi olan hasta sayısı, ölüm sayısı, doğum sayısı ve yatak devir hızı gibi değişkenler kullanılmaktadır.

Hastane performanslarının değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan çalışmalarda, hastanelerin hizmet verdikleri bölgesel farklılıkların performans değerlerine etki edebileceği göz ardı edilmektedir. Eğer bölgesel farklılıkların analitik olarak hastane performansları ile arasındaki ilişki ortaya konulabilirse, performans değerlendirme kapsamında yapılan etkinlik ve verimlilik analizlerinin, bu farklılıkları göz önüne alacak şekilde biçimlendirilmesi gerekecektir.

Bölgesel farklılıkların hastane performanslarıyla ilişkisini analitik yönden ortaya koymayı amaçlayan bu doktora tez çalışması toplam dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde, sağlık sisteminin en temel amacı olan sağlık kavramı açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlık kavramı, hasta olmama ile aynı anlama gelmemektedir. Sağlığın tanımının yapılabilmesi için onu etkileyen faktörlerin açıklanması gerekmektedir. Literatürde sağlığa etki eden faktörler birçok başlık altında incelenmiştir. Bu çalışmada, sosyal belirleyiciler başlığı altında incelenen bu faktörler birinci bölüm içerisinde açıklanmaya çalışılmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde ise, sistem yaklaşımı çerçevesinde sağlık sistemi açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlık sisteminin sahip olması gereken unsurları ve amaçları ele alındıktan sonra, bu bölümde genel olarak Türkiye’de sağlık sistemine değinilmiştir. Çalışmanın üçüncü kısmında ise, sağlık hizmeti veren kurumlar olarak hastaneler üzerinde durulmuştur. Hastanelerin sahip oldukları özellikler nedeniyle hizmet işletmelerinden ayrıldıkları ve performans kriterlerinin bölgesel şartlardan etkilenebileceği açıklanmıştır. Çalışmanın son bölümünde ise, hastane performanslarının bölgesel farklılıklar ile olan ilişkisi Kanonik Korelasyon yöntemiyle analitik olarak incelenmiştir.

## **MATERYAL VE METOT**

### **Materyal**

“Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi” adlı bu tez çalışmasında, araştırma yapılırken literatürde yer alan Türkçe ve İngilizce kaynaklardan yararlanılmıştır. Bu tez çalışmasının yürütülmesi sırasında gerek Türkçe gerekse İngilizce literatüre ulaşma konusunda herhangi bir sıkıntı yaşanmamıştır. Araştırmanın sayısal verilerinin toplanmasında Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı kuruluşlarından yararlanılmıştır.

## **Metot**

Çalışmanın hipotezi, “ Bir hizmet işletmesi olarak hastaneler sağlık hizmeti verdikleri bölgelerin sosyoekonomik şartlarından etkilenmektedir” şeklinde belirlenmiştir.

Bu çalışmanın, teorik kısımlarının elde edilmesinde literatür tarama tekniğinden yararlanılmıştır. Çalışmada, tümdengelim (dedüksiyon) yöntemi kullanılmıştır. Amaç, düşünce ekseninden hareket ederek ve belli kurallara bağlı kalarak kavramdan kavrama geçmektir. Yani, sonuçlamadır. Bu çalışmada önce sağlık anlatılmış, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde durulmuş ve daha sonra sağlık sistemi ve hastaneler açıklanmıştır. Veriler ikincil kaynaklardan elde edilmiştir. Toplanan veriler arasındaki ilişki istatistiksel olarak kanonik korelasyon analizi yardımıyla araştırılmıştır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1. SAĞLIK VE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

#### 1.1 SAĞLIĞIN TANIMI

Sağlık sadece, insanların gündelik yaşamlarına hastalık ya da, sağlık problemleri tesir ettiği günde gündeme gelen bir kavramdır. Diğer ifade ile sağlığın değeri kaybedilmeden anlaşılmaz. Osmanlı İmparatorluğunun en şanlı dönemlerini yaşatmış olan ve zamanın bütün zenginliklerine sahip olan Kanuni Sultan Süleyman aşağıdaki dizelerinde sağlığın elde edilen tüm zenginliklerden daha üstün olduğunu çok anlamlı bir biçimde şu dizeler ile dile getirmiştir. “Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi, olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi.”

Sağlık, halk arasında genel anlamıyla hasta olmamak olarak tanımlanır. Bazı araştırmacılar ise; sağlığın sübjektif olmasından dolayı tek geçerli ölçünün insanların kendilerini sağlıklı ya da, sağlıksız olarak değerlendirmeleri olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ancak, bu değerlendirme çeşitli yaş, sosyal ve gelir gibi etkenler nedeniyle farklı olabilir (Blaxter, 1990). Bir bölgede, toplumun büyük bir kesiminde görülen bir sağlık problemi hastalıktan sayılmayabilir. Sigara içen biri kişi, öksürüğünü sigaraya bağlayıp gerçek nedeninin bir başka şey olabileceğini dahi düşünmeyebilir. Çocuğu ishal olan bir anne, tüm çocuklar ishal oluyor düşüncesiyle bu durumu hastalıktan saymayabilir. Bir sakatlık olarak bilinen ve kundak yapılan çocuklarda sıkça görülen doğuştan kalça eklemi çıkığı Navajo yerlilerinde çok yaygın olduğundan hastalık olarak kabul edilmez, normal karşılanır. Bir toplumda hastalık olarak algılanan bir durum başka toplumlar için hastalık olarak algılanmamaktadır. Açken mide ağrısı hisseden bir kişi, bu ağrının açlıktan kaynaklandığını düşünebilir ve normal bir durum olarak değerlendirip göz ardı edebilir. Gerçekte, bu ağrı gastrit ya da ülser gibi önemli bir hastalıktan kaynaklanabilir. Ekonomik, sosyal, kültürel nedenlerle oluşan psikolojik sıkıntılar bazı toplumlarda geçici ve olağan bir durum olarak görülebilir. Oysa bu durum ruhsal bir hastalık belirtisi olabilir. Gelişmiş ya da az gelişmiş ülkelerdeki anlayışa göre, ölmeyecek kadar beslenmek; tifo, kolera gibi salgın hastalıklara yakalanmamak sağlıklı sayılmak için yeterli görülür. Zamanla beslenme koşulları ve sağlık hizmetlerinin gelişmesine bağlı olarak sağlıklı olma anlayışı da değişir. Gelişmiş ülke insanların bir

kısımında, yanlış bir alışkanlık olan aşırı yağlı ve karbonhidratlı besinlerle tekdüze beslenme, hareketsizlik, sigara ve alkol kullanımı çok fazladır. Buna bağlı olarak obezite günümüzde bir hastalık olarak algılanmaktadır.

Yukarıdaki örneklere bakıldığında sağlığın tanımının sadece birkaç faktör çerçevesinde ele alınmasının zorluğu dikkat çekmektedir. Eğer sağlık indirgemeci bir yaklaşımla yalnızca bir hastalığı olmamak şeklinde tanımlanırsa sağlık hizmetlerine yeterince ulaşan bireylerin sağlığı arasında çeşitli farklılıklar ya da eşitsizlikler olması doğal karşılanabilir. Bu durumda insanların yaşama başlarken eşit olmadığı, ailevi ve genetik yatkınlıkların sağlıktaki eşitsizliğin yegâne belirleyicisi olduğu sonucuna ulaşılabilir. Kişilerin sağlığı algılayışı, yaşadıkları toplumun değer yargıları, bir toplumun sosyoekonomik seviyesi ve daha birçok nedenden ötürü değişebilmekte ve bütün bunların hepsi sağlık kavramının açıklanmasında başlangıç noktası olabilmektedir. Bütün bunların sonucunda, sağlığın sadece bir hasta olmama hali olarak açıklanması zordur.

Sağlığın daha belirgin çizgilerle tanımlanamaması ya da, sağlığın tanımında bir birliktelik olmaması sağlığa etki eden faktörlerin de çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlığı etkileyen faktörleri belirlerken en temel seviyede iki yaklaşım ele alınabilir. Birincisi sosyal yaklaşım, ikincisi ise tıbbi yaklaşımdır. Sosyal yaklaşıma göre, kişinin sosyal sınıfı, mesleği ve eğitim durumu toplumda yaşayan bireylerin yakalanabilecekleri hastalıkları ve bunların ciddiyetlerini etkilemektedir. Bu yaklaşıma göre, sağlık sadece tıp biliminin ve sağlık hizmetlerinin sorumluluğundan çıkmış, aynı zamanda sosyoekonomik gelişmişlik düzeyiyle de yakından ilişkili hale gelmiştir. Tıbbi yaklaşıma göre, sağlık sadece dışarıdan gelen etkenler nedeniyle bozulmaktadır. Bu etkenler virüs, bakteri gibi organizmalar olarak sıralanabilir (Tatar, 2007:152).

Sağlığın tanımlanmasında belirleyici adım, Lalonde'nin (1974) Kanadalıların sağlığı ile ilgili yaptığı çalışma sonucunda atılmıştır. Lalonde çalışmasında sağlığı etkileyen dört temel belirleyici faktörden bahsetmiştir. Bunlar, insan biyolojisi, çevre, yaşam tarzı ve sağlık bakım organizasyonlarıdır. Bu alanlar bireyin ve toplumun, yaşamın sürdürülebilirliği için sürekli olarak etkileşim içerisinde bulunduğu alanlardır. Lalonde'nin temel olarak gösterdiği bütün faktörlerin ilişkisini tam olarak açıklayabilecek bir tanım, sağlık hizmetleri uygulamalarının geliştirilmesi açısından önemlidir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006:47).

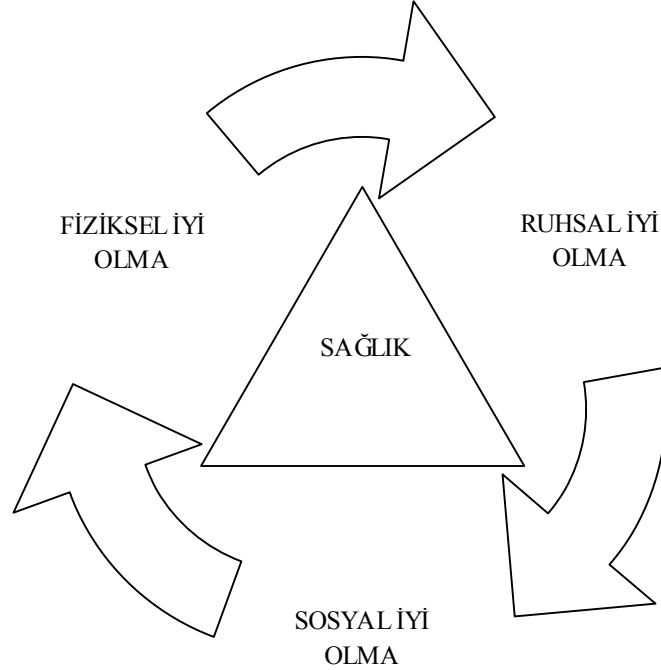
Lalonde'nin bu çalışması, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ, 1978) Alma-Ata bildirgesinde sağlığın tanımının yapılmasında kaynak teşkil etmiştir. Ayrıca bu bildirmede, bir toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi için verilmesi gereken temel sağlık hizmetleri de tanımlanmıştır. Buna göre, temel sağlık hizmetleri; bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul görecektir şekilde ve onların tam katılımı sağlanarak devlet ve toplumca karşılanabilir bir bedel karşılığında verilen sağlık hizmetleridir (DSÖ, 1978).

Sağlık bir toplumun kültürel ve sosyal yapısıyla ilişki içindedir. Bu durum açık bir şekilde sağlık tanımının bilimsel bir yapıya oturtulması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Dünyanın sağlık politikalarına yön veren kurumlardan en önemlilerinden birisi olan Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık; ölçümlenmesi oldukça karmaşık tanımlama biçimi ile bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlama ise, insana özgü gereksinimlerden etkilenen yanıt verilmesi oldukça zor bir tanımlama olarak karşımıza çıkmaktadır (Şahin,1999: 136). Sağlık sadece hasta olmama durumu veya zayıflık değildir. Bu tanım kapsamında sağlığın, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi olma durumu olarak üç boyuttan söz edilebilir. Sağlığın üç boyutu birden düşünüldüğünde, dünya nüfusunun büyük bir kısmının sağlıksız sınıfına gireceği de göz önüne alınmalıdır. Üç boyutta birden iyilik hali, yaşamın birden fazla boyutunu içermesi yönüyle literatürde kabul görmesine karşın, bir insanın bütün boyutlarda tam iyilik halini sağlamanın güçlüğü nedeniyle de eleştiri almaktadır. Her iyi olmama belirtisi bir hastalık değildir, eğer her belirti bir hastalık olarak düşünülürse olursak hiç kimsenin sağlıklı olduğunu söyleyemez.

Tanımda yer alan fiziksel iyilik hali, bir insanın fiziksel anlamda bir sakatlık durumunda bulunmaması, vücudunda bir hastalık veya hastalık etkeni olmamasıdır. Bir başka deyişle, vücudunu oluşturan doku ve organlarda eksiklik, işlev bozukluğu, mikrop taşıma gibi durumların olmaması halidir. Sağlık bu boyutu ile daha çok tıbbi alanın sınırları içerisinde ele alınmaktadır. Hastalık yapıcı etkenler ya genetik olarak ya da, mikroskobik derecede küçük canlılardan kaynaklanmaktadır. Çünkü bu boyutta oluşan uygunsuzluk aşı, ilaç veya cerrahi müdahalelerle tedavi edilebilmektedir.

Bir kişi için ruhsal iyilik halini etkileyen sayıca çok fazla faktörden bahsedilebilir. Aynı zamanda, etkileyen faktörlerin dereceleri de düşünüldüğünde kişiler arasındaki farklılıklar daha da ön plana çıkacaktır. Ruhsal iyi olma durumu bir kişi için ölçülmesi en zor olan boyuttur. Ruhsal iyi olma durumunu, kişinin kendisi ve diğer insanlarla

uyum ve denge içinde olması şeklinde tanımlanabilir. Bu uyum kesin kurallara bağlı olmayıp değişkenlik ve belli ölçülerde esneklik taşır. Özellikle sosyal yaşamdan kaynaklanan sorunlar nedeniyle kişilerin ruhsal iyilik hali bozulabilmektedir.



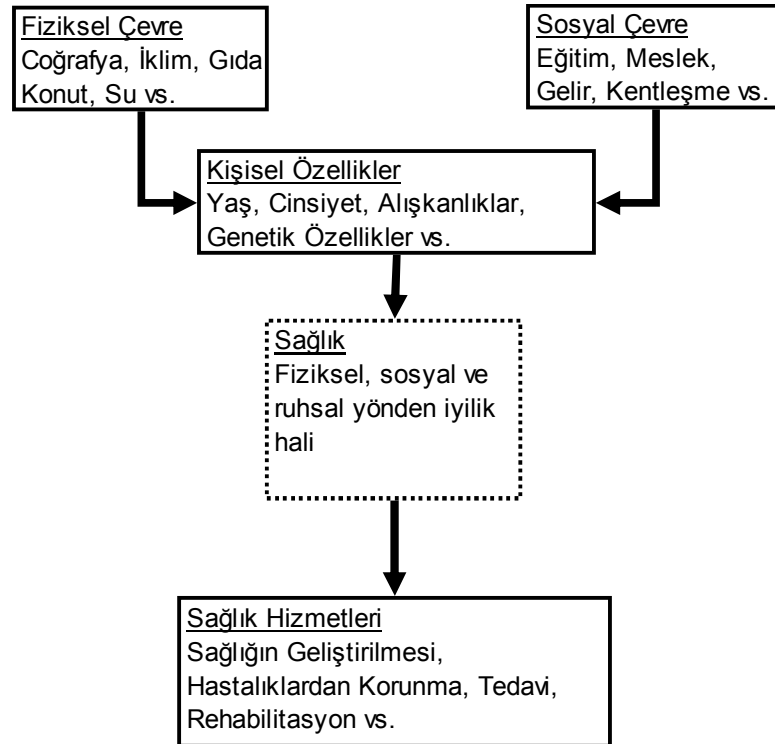
**Şekil 1.1 Sağlık Boyutları**

Sosyal iyilik hali sosyoekonomik gelişmişlik ile ilgili bir boyuttur. Bir kişinin ekonomik, çevre, meslek ve kamu hizmetleri vb. kapsamında sağlığını tehdit eden etkenlerin olmaması sosyal iyilik hali olarak tanımlanabilir. Yaşam standartları ne kadar yüksek olursa olsun sağlığı tehdit eden etkenler her zaman için mevcuttur. Genel olarak bakıldığında sağlığın sosyal bir eğilim izlediği görülmektedir.

Bütün bu tanımlar çerçevesinde sağlık sadece tıbbi ya da biyolojik bir olgu değildir. Bir insanın sağlığı sosyal yaşam çevresinde etkileşimde bulunduğu toplumda var olan her türlü faktörden etkilenebilmektedir. Bir toplumda en üst seviyeden en alt seviyeye inildiğinde sosyal hiyerarşinin her basamağında sağlık daha kötü şartlar gösterecektir. Orta tabakada bulunan insanların bile kendilerinden daha üst tabakalardaki insanlardan daha kötü sağlık seviyesine sahip olabilmektedirler (Marmot, 2006:14). Sosyoekonomik gelişmişlik ile sağlık arasında bir ilişki olduğu aşikârdır. Hastalıkların sosyal sınıflarla olan ilişkisi, yoksulluk ve yoksulluğun yapısal nedenleri, işsizlik, ekonomik krizler sonucu işi bozulan, çeşitli sebepler yüzünden evlenemeyen, okumak istediği halde okuma fırsatı bulamayan toplumlardaki bireylerin sağlıklı olduğunu söylemek bir hayli

zordur (Baloğlu, 2006:5). Yukarıda sayılanların dışında iş ortamı, stres, sigara vb. madde kullanımı, cinsellik, mesken kalitesi, ulaşım, besleme alışkanlıkları ve şehircilik alt yapısı gibi bireyin yaşamında her an içerisinde bulunduğu etkenlerde sağlığı etkileyen faktörler olarak eklenebilir. Bir başka deyişle, sağlık olgusu önce insan ve insana yönelik olan davranış yansımalarıdır. Sağlık veya hastalık olgusunun her ikisi birden bir toplumun çerçevesini belirten insan, eylemler, inanç normları, kültür ve değerler sistemleri ile bağlantılıdır. Bir başka açıdan bakacak olursak, sağlık mevcut toplumsal sistemin bir parçası olarak dşnlmelidir. Bu nedenle sağlık, tıbbi bakış açısının ötesinde önem kazanmakta ve toplumsal yönü ile de ön plana çıkmaktadır (Türkdoğan, 2006).

Sağlık tanımının yapılması süreci sonunda gelinen noktada Roemer (1991) şekil 1.1'de görüldüğü üzere sağlığı etkileyen faktörleri beş ana başlık altında toplayabilmiştir (Tatar, 2007:153). Bunlar fiziksel evre, kişisel özellikler, sosyal evre ve sağlık hizmetleridir. Bir toplumda yaşayan bireyin sağlığını, kanalizasyon ya da temiz içme suyunun sağlanması gibi fiziksel evre ile ilgili unsurlar ya da eğitim düzeyinin yükselmesi için yapılan faaliyetlerde sağlığı etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkabilmektedirler.



**şekil 1.2 Sağlığı Etkileyen Faktörler**  
Kaynak: Tatar M., 2007:153



Şekil 1.1'e göre, tedavi amaçlı faaliyet gösteren sağlık bakım organizasyonları, sağlığı etkileyen faktörlerden sadece bir tanesidir ve buna bağlı olarak sağlık sadece tedavi edilen bir olgu olmaktan çıkarılmaktadır. Geleneksel tıp bilimi ve tıbbi teknoloji insanın biyolojik işlevlerine ve hastalıklarına odaklanmıştır. Tek tek bireylerin dertlerine çare bulmaya yönelmiştir. İnsanın iyilik halini bozan psikolojik, sosyal ve çevresel nedenler görmezden gelinmiştir. Topluma ve sağlığa bütüncül bir yaklaşım geliştiremeyen tıp bu özelliğiyle bireycidir. Bunun sonucu olarak, sağlık için ayrılan kaynaklar giderek artan bir oranda yüksek tıbbi teknoloji için kullanılmakta; sağlığa erişimde kısıtlılıkları olan insanlar için eşitsizlik derinleşmektedir. Zaten elde olan kısıtlı kaynaklar da, sağlık hizmetlerine ulaşamayanlar yerine, zaten ulaşmış olanlar için tüketilmektedir. Esasında bu yaklaşım daha çok sağlığı fiziksel ve psikolojik iyi olma durumu olarak görmektedir.

Sağlık sadece fiziksel ve psikolojik olarak iyi olma durumu olarak tanımlanırsa, sosyoekonomik düzeyi düşük insanlar için hastalığın kötü bir şans değil sonuç olduğu sonucuna varılacaktır. Oysa her iki durumda; sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler tarafından doğrudan ve büyük ölçüde etkilenmektedirler. Dolayısıyla sosyal şartlar tümüyle göz ardı edilemez.

Sağlığa etki eden sosyal faktörlerin de olduğu olgusu yeni gözlemlenen bir durum değildir. Özellikle 19. Yüzyıl'da gerçekleşen Sanayi Devrimi, insan sağlığını etkileyen sosyal etmenlerin açıkça gözlenebilir hale gelmesini de sağlamıştır. Sosyal tıpla ilgili düşünceler de, Avrupa'da tutulmaya başlanan sağlık istatistikleri ile birlikte sosyal sınıflar arasında ölüm oranlarının birbirinden farklı olduğunun ve hastalıkların yoksullukla ilişkisinin ortaya çıkmasıyla gündeme gelmiştir (monthlyreview, 2010).

Bütün bu ifade edilenlerin ışığında, bir toplumun sağlığı toplumun özellikleri, sosyal ve ekonomik örgütlenmeleri ile ilişkilidir. Bu önemli gerçek, toplumun sağlığının geliştirilmesini hedefleyen politika yapımının temelini oluşturmalıdır. Ancak, sağlık meselesi sağlık hizmeti sunumunun ötesine de geçtiği bir gerçektir. Sağlık hizmetleriyle ilgili kararların var olan en iyi kanıtlara dayanması gerektiği gibi, sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkili politikaların da var olan en iyi kanıtlara dayanması gerekmektedir. Bir toplumun sağlığı ile ilgilenildiğinde o toplumun sosyal faktörlerinin göz ardı edilmesi doğru bir yaklaşım olmayacaktır.

## 1.2 SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

Sağlık politikalarının gelişiminde en önemli dönemeç noktalarından birini, 1978 yılında DSÖ tarafından yayınlanan Alma Ata Bildirgesi oluşturmaktadır. Bildirgede, dünyada yaşayan yüz milyonlarca insanın sağlık koşullarının kabul edilemez düzeyde olduğunu belirledikten sonra, sağlığa ve sağlık hizmetlerine ilişkin yeni bir yaklaşımın geliştirilmesi çağrısında bulunmuştur. Bu yeni yaklaşıma göre, varlıklılarla yoksullar arasındaki uçurum kapatılacak, sağlık kaynakları daha eşit bir dağılıma kavuşturulacak ve dünyada yaşayan bütün insanlar toplumsal ve ekonomik anlamda üretken bir yaşam sürdürebilecekleri sağlık düzeyine kavuşturulacaktır (DSÖ, 1978). Bir başka deyişle, mevcut politikalar sağlıkta var olan eşitsizlikleri ortadan kaldıracak şekilde yeniden düzenlenmeli ve herkesi aynı seviye ve kalitede ki sağlık düzeyine ulaştırabilmelidir.

Sağlıkta eşitlik; herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ya da, sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmaması durumudur. O halde, eşitlik; herkesi aynı seviye ve kalitede sağlık düzeyine ulaştıracak şekilde sağlık farklılıklarının azaltmak değil, önlenabilir ve haksız nedenlerden kaynaklanan eşitsizlikleri azaltmak veya ortadan kaldırmaktır. Sağlıkta eşitlik hedefi, tüm bölgeler ve/veya sosyal grupların sağlık düzeyini aynı seviyeye ulaştırmak ya da, en azından sağlık düzeyi farklarını büyük ölçüde azaltmaktır (Dikmetaş, 2006). Ancak, mevcut farklılıkların giderilebilmesi toplumların sahip oldukları ekonomik güç ile, başka bir deyişle sosyoekonomik yapılarıyla ilişkilidir.

Sosyoekonomik durum ile sağlık arasında birbirini sürekli etkileyen iki yönlü bir ilişki olduğu söylenebilir. Hastalıkların bazı bireyleri uygun bir gelir elde etmeden alıkoyduğu, bunun da bireyleri sosyoekonomik açıdan aşağı doğru hareket ettirdiği söylenebilir. Aynı şekilde düşük sosyoekonomik durum da kişilerin sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Ergül, 2005). Yirmi birinci yüzyılda mevcut olan bu iki yönlü ilişki toplumların artan sosyal ve ekonomik eşitsizliklerle varlıklarını sürdürebilmelerini ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri giderek zorlu bir mücadeleye dönüştürmektedir.

Son yıllarda yapılan birçok çalışmalar ve uluslararası kuruluşların tuttuğu istatistikler de, sosyoekonomik gelişmişlik ile sağlık arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermiştir. Toplumların yaşam ömürlerine bakıldığında mevcut ilişki hemen göze çarpmaktadır. 1950 ile 2002 yılları arasına bakıldığında yaşam beklentisi göz

önüne alındığında dünyada yaklaşık olarak 20 yıllık bir artış mevcuttur. 1950-1955 yılları arasında 46,5 yıl olan yaşam beklentisi, 2002'de 65,2 yıl olmuştur (Yıldız,2008:32). DSÖ verilerine göre, 2008 yılı itibariyle ortalama yaşam beklentisi 67,8 yıl olarak belirtilmiştir (DSÖ, 2010). Fakat küresel anlamdaki bu artış, bölgesel olarak ortalama yaşam beklentilerine bakıldığında korkunç tabloyu gözler önüne sermekte ve belirgin bir farklılık göze çarpmaktadır. 2008 yılı itibariyle DSÖ verilerine göre, yüksek yaşam kalitesine sahip olan kıta Avrupa'sında ortalama yaşam beklentisi 74,8 yıl olarak hesaplanmışken, iç savaşlar ve yoksulluk ile mücadele eden Afrika kıtasında ise bu rakam 52,8 yıl olarak verilmektedir. Tablo 1.1'de, bölgelere göre ortalama yaşam beklentileri verilmektedir.

**Tablo 1.1 Bölgelere Göre Ortalama Yaşam Beklentisi (2008 Yılı)**

<b>BÖLGELER</b>	<b>ORTALAMA YAŞAM BEKLENTİSİ (YIL)</b>
AFRİKA	52,8
AMERİKA	75,8
DOĞU AKDENİZ	64,5
AVRUPA	74,8
GÜNEY DOĞU ASYA	64,6
BATI PASİFİK	74,6
DÜNYA	67,8

**Kaynak:** [www.who.int/entity/healthinfo/statistics/LT200820001990whs2010.zip](http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/LT200820001990whs2010.zip)

Sağlık düzeyi göstergesi olarak ortalama yaşam beklentisi belirleyici bir özellik gösterirken, 0-1 yaş bebek ölüm oranı da ayırt edici bir özellik gösterebilir. Toplumdaki bebek sağlık düzeyi o toplumun sosyoekonomik düzeyi, kültür düzeyi, yaşam ortamının hijyenik düzeyi ve sağlık hizmetlerinin hizmet düzeyi ile yakından ilgilidir. Gelişmiş ülkelerde bebek sağlığı büyük ölçüde halledilmiş iken az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Bebek ölüm istatistikleri, her bin canlı doğumdan sonra çeşitli nedenlerle hayatını kaybeden bebek

sayısını belirtmektedir. DSÖ 2008 yılı verilerine göre, en yüksek bebek ölüm oranı her bin canlı doğum için 40 bebek ile Afrika kıtasında gözükmektedir. Gelişmiş bir sosyoekonomik yapıya sahip olan Kıta Avrupa'sında ise, bu sayı sadece 7'dir. Tablo 1.2'de bölgelere göre bebek ölüm oranları verilmektedir.

**Tablo 1.2 Canlı Doğum Ölüm Oranı (Her 1000 Doğumda)(2008 Yılı)**

BÖLGELER	CANLI DOĞUM ÖLÜM ORANI
AFRİKA	40
AMERİKA	9
DOĞU AKDENİZ	35
AVRUPA	7
GÜNEY DOĞU ASYA	34
BATI PASİFİK	11
DÜNYA	26

**Kaynak:** DSÖ, World Health Statistics 2010: Part II Gloval Health Indicators

Sosyoekonomik eşitsizlikten doğrudan veya dolaylı olarak etkilenen Tüberküloz (TB – Verem) hastalığı da DSÖ tarafından dünya çapında acil bir sağlık sorunu olarak kabul edilmiştir. Tüberküloz (TB), binlerce yıldan beri yeryüzünde insan sağlığını tehdit eden genç ve orta yaş gruptaki ölümlerin önemli nedeni olan ve henüz başarılı eradikasyonu sağlanamamış bir hastalıktır. TB, daha çok toplumsal kökenli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan bu nedenle sosyal yaşam ile yakından ilişkili bir hastalıktır. Bu boyutuyla TB, ülkelerin sosyal ve ekonomik koşullarının hastalığa yol açan boyutunu belirlemede önemli bir parametre olarak kabul edilebilir (Balbay vd., 2004:6). Dolayısıyla, TB hastalığı bir sağlık göstergesi olarak kullanılabilir. DSÖ verilerine göre, TB hastalığının en çok görüldüğü bölge 470 kişi / 100.000 kişi oranı ile Afrika kıtasıdır. Bu oranı Amerika kıtası daha sonra Kıta Avrupa'sı takip etmektedir. Tablo 1.3'de bölgelere ait TB hastalığı yaygınlık oranı verilmektedir.

**Tablo 1.3 Bölgelere Göre TB Hastalığının Yaygınlık Oranı (2008)**

<b>BÖLGELER</b>	<b>TB Yaygınlık Oranı (Her 100.000 kişi için)</b>
AFRİKA	480
AMERİKA	25
DOĞU AKDENİZ	150
AVRUPA	39
GÜNEY DOĞU ASYA	220
BATI PASİFİK	110
DÜNYA	170

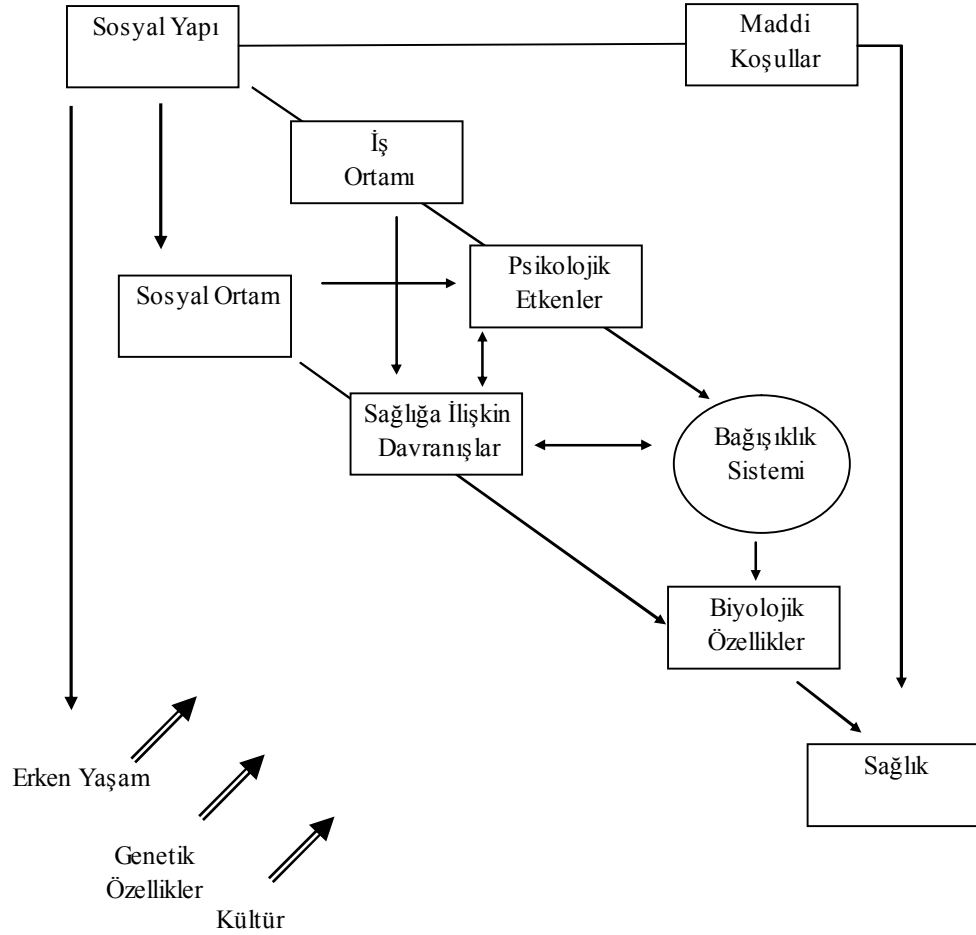
**Kaynak:** DSÖ, World Health Statistics 2010: Part II Gloval Health Indicators

Ortalama yaşam beklentisi, canlı doğum ölüm oranı ve TB hastalığının yaygınlık oranı gibi istatistikler sağlık ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi arasındaki etkileşimi göstermektedir. Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi yükseldikçe ortalama yaşam beklentisi artmakta, canlı doğum ölüm oranı ve TB hastalığının yaygınlık oranı ise azalma eğilimi göstermektedir. Ele alınan değerlerin Amerika Kıtası ve Kıta Avrupa'sında diğer bölgelere göre düşük olması var olan ilişkinin bir göstergesidir ve sosyal faktörlerin sağlık üzerine olan etkilerini de gözler önüne sermektedir.

Sosyoekonomik düzeyin düşük olması sağlık şartlarının da bozulması sonucunu doğuracaktır. Diğer taraftan sosyoekonomik seviyenin yükselmesiyle beraber, sağlık şartlarında da iyileşme meydana gelecektir (Brownell vd., 2001). Bu ilişkiyi belirleyen faktörler sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri en genel tanımla, insanların bir sağlık sistemi içerisindeki doğum, büyüme, yaşam ve çalışma koşulları olarak tanımlanabilir. Bu koşullar toplumdan topluma farklılık göstermekte ve küresel sermaye, güç ve kaynak dağılımından etkilenmektedirler (DSÖ, 2010). Genel olarak 2000'li yıllarda üzerinde durulmaya başlanan bu tanımlama, sağlıkta eşitsizliğin yegâne sorumlusu olarak gösterilmektedir.

Sosyal belirleyiciler daha da detaylandırılabilir. Kişisel gelir, eğitim düzeyi, alkol tüketimi, medeni durum, sigara kullanım durumu, hanehalkı büyüklüğü, şehirleşme, işsizlik ve nüfus yoğunluğu gibi faktörler daha belirgin bir şekilde sosyal belirleyici olarak gösterilebilir. Ancak her bir değişken doğrudan sağlığa etki etmemekte bazen de dolaylı olarak etki edebilmektedir. Bu durumda esas problem, sağlık üzerinde daha büyük eşitsizlik yaratan ve eşitsizliklerin derecesini yansıtacak olan faktörleri belirlemektir.

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin model yapısı Şekil 1.2’de verilmektedir. Sağlık sadece biyolojik ya da tıbbi bir olgu değildir. Sağlık olgusu içerisinde yer alan biyolojik süreçlerde, sosyal yapı ve sağlık arasındaki ilişkinin bir parçasıdır. Bireylerin biyolojilerinde bir rahatsızlık gelişir ve tıp bilimi bunu tedavi eder ya da yöntemler geliştirir. Bu yaklaşım, korumadan çok tedavi edici bir yaklaşımdır. Oysaki sağlığın korunmasına yönelik bir yaklaşım daha doğru olacaktır. Korumacı bir sağlık bakış açısı geliştirmek için, kişilerin biyolojik özelliklerinin ötesinde etkenlerinde varlığı kabul edilmelidir. Böylece, sosyal yapı sağlığı etkiler gerçeği ortaya çıkmaktadır. Sosyal yapının sağlık üzerine etkisi maddi koşullar, sosyal ortam ve iş ortamı üzerinden gerçekleşir. Maddi koşullar sağlığı doğrudan etkilemekte, sosyal ve iş ortamı ise dolaylı olarak etkilemektedir. Bu ilişkide, psikolojik etkenleri ve sağlığa ilişkin davranışları şekillendirir. Erken yaşam, genetik ve kültürel özelliklerde sağlık üzerine etkilidir. Bireyin erken yaşam kalitesi, çocukluk dönemindeki beslenmesi ve eğitim düzeyi üzerinde etkili olacaktır. Çocukluk yaşlarındaki beslenmesi kötü olan bireyin, ileriki yaşlarında bağışıklık sistemi budan olumsuz etkilenecektir. Çocukluk yaşlarında yeterli eğitimi alamayan birey, ileriki yaşlarında iş ortamı, maddi koşullar ve sosyal ortam yönünden dahil olduğu toplumun ortalama değerlerinin gerisinde kalacaktır. Toplumun kültürel değerleri de, bireyin sosyal ayrımcılığa maruz kalmasına neden olabilecektir. Bu durumda kişinin psikolojisinden, maddi koşullarına kadar birçok faktör üzerinde etkilidir. Şekil 1.2 model bir yapıdır. Farklılıkların ve sağlık koşullarının durumuna göre başka etkenlerde eklenerek değişik şekiller çizilebilir, her bir hastalık için de değişkenlik gösterebilir. Bu faktörler ileriki bölümlerde ayrıntılı olarak incelenecektir.



**Şekil 1.3 Sağlık Sosyal Belirleyicileri, Model Yapı**

**Kaynak:** Brunner, E., Marmot, M., (2009), Sosyal Yapı Stres ve Sağlık, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, Derl. Marmot, M., Wilkinson, R. G., İnsev Yayınları, ss. 21.

Marmot ve Wilkinson 2003 yılında “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri: Katı Gerçekler” adlı eserde sosyal belirleyicileri sosyoekonomik bir yapı içerisinde ele almışlardır. Toplam on başlık altında incelenen sosyal belirleyiciler daha belirgin sosyoekonomik etkenleri işaret etmektedir. Bu etkenler sırasıyla aşağıdaki şekilde verilmektedir.

#### Sağlığın Sosyal Belirleyicileri: Katı Gerçekler

- 1- Sosyal Tabaka
- 2- Stres
- 3- Erken Yaşam
- 4- Sosyal Ayrımcılık
- 5- Çalışma Şartları

- 6- İşsizlik
- 7- Sosyal Destek
- 8- Bağımlılık
- 9- Gıda
- 10- Ulaşım

Marmot ve Wilkinson, sağlığı büyük çapta etkilemekte olan genel faktörleri içermekte olan çalışmalarında, sağlığın tıbbi boyutunu değil, daha çok sosyal boyutunu ele almışlardır. Sağlık üzerinde bir şehirdeki ulaşım modelinden, bireyin sosyal ilişkilerine kadar birçok faktörün etkili olduğunu belirtmektedirler. Şekil 1.2’de verilen model yapı nasıl rahatsızlık çeşidine göre yeniden çizilebiliyorsa, çalışmada sunulan sosyal belirleyiciler de sosyokültürel farklılıklara göre değişkenlik gösterilebilmektedir. İşte bu nedenle, sosyokültürel yapının temellerini oluşturan kültür, eğitim gibi. Faktörlerin de sosyal belirleyicilere dâhil edilmesi faydalı olacaktır. Bu amaçla 2002 yılında Kanada York Üniversitesi’nde düzenlenen “Yaşam Süresince Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” (Social Determinants of Health Across the Life-Span) isimli konferansta sağlığa etki eden kültürel ve eğitim gibi faktörler de sosyal belirleyicilere eklenmiştir. Bunlar aşağıdaki listede verilmektedir.

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (Yaşam Süresince Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konferansı)

- 1- Erken Yaşam
- 2- Eğitim
- 3- İstihdam ve Çalışma Şartları
- 4- Gıda
- 5- Cinsiyet
- 6- Sağlık Bakım Hizmeti
- 7- Barınma
- 8- Gelir ve Dağılımı
- 9- Sosyal Güvenlik Ağı
- 10- Sosyal Ayrımcılık



## 11- İşsizlik ve İş Güvenliği

Sağlıkta eşitsizliğin nedenlerini anlamak, daha önemlisi eşitsizliği giderebilmek için bir şeyler yapmak, sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanmayı gerektirmektedir. İşte bu gerçeğe, 1948 yılında kurulan DSÖ'de sosyal belirleyicilerin önemli olduğunu her fırsatta vurgulamıştır. Bu amaçla 2005 yılında **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyon'unu** kurarak hastalık, sağlık ve eşitsizlikler üzerinde etkili olan sosyal faktörleri belirlemeye ve ülkeleri ve sağlık alanında küresel olarak faaliyet gösteren kurumları bu sosyal faktörler üzerine yönlendirmeyi amaçlamıştır. Paralel olarak yapılan çalışmalar ışığında, DSÖ tarafından sağlığın sosyal belirleyicileri dokuz ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar (DSÖ, 2010):

### Sağlığın Sosyal Belirleyicileri: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

- 1- Erken Yaşam
- 2- Küreselleşme
- 3- Sağlık Sistemi
- 4- Ölçme ve Kanıtlara Dayandırma
- 5- Kentleşme
- 6- Çalışma Şartları
- 7- Sosyal Ayrımcılık
- 8- Sosyal Güvence
- 9- Toplumsal Cinsiyet

Çalışmalarda sağlığın sosyal belirleyicileri altında verilen bütün faktörler, doğrudan ya da dolaylı bir etkiye sahiptir. Faktörler sadece sağlığı etkilememekte bazı durumlarda birbirilerini de etkileyebilmektedirler. Sosyal belirleyici olarak gıda ele alındığında, erken yaşam, çalışma şartları ve gelir sosyal statü ile ilişkili olduğu görülebilir. Bu ilişkiden yola çıkarak, ilk bakışta gelir ve sosyal statünün beslenme alışkanlıkları üzerine etkisi olabilecektir. Düşük gelir bireylerde beslenme problemlerine neden olacak, yüksek gelir ise, bireylerin beslenme kaynaklı sağlık problemlerinin etkisini azaltacaktır. Erken yaşam sürecinde, gelir kaynaklı ortaya çıkabilecek olan beslenme yetersizliğinden etkilenecektir. Bebek yaşlarında yeterli beslenemeyen bir çocuk ileriki yaşlarında kemik erimesi, böbrek yetmezliği ve alerji gibi bir takım rahatsızlıklarla

yüzleşmek zorunda kalacaktır. Sosyal belirleyiciler, birbirleriyle ilişki içerisindedirler. Bazı durumlarda da birbirleri üzerinde tetikleyici etkiler gösterebilir ya da, başka faktörün etkisini arttırabilmektedirler. Ancak, bireyin sağlığına etki eden sosyal belirleyicilerden hangisinin daha etken olduğunu söyleyebilmek zordur. İnsan yaşamının bir doğası gereği bireyin sağlığını etkileyen sosyal belirleyicileri kronolojik yönden sıraya dizmek mümkündür. Tablo 1.4'de çalışmalara ait sosyal belirleyiciler gösterilmiştir.

**Tablo 1.4 Sağlık Sosyal Belirleyicileri**

<p><u>Katı Gerçekler Marmot ve Wilkinson'a</u> (2003) Göre</p>	<p><u>Yaşam Süresince Sağlık Sosyal</u> <u>Belirleyicileri Konferansı'na Göre</u></p>	<p><u>Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) Göre</u></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Sosyal Gradyan</li> <li>2- Stres</li> <li>3- Erken Yaşam</li> <li>4- Sosyal Ayrımcılık</li> <li>5- Çalışma Şartları</li> <li>6- İşsizlik</li> <li>7- Sosyal Destek</li> <li>8- Bağımlılık</li> <li>9- Gıda</li> <li>10- Ulaşım</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Erken Yaşam</li> <li>2- Eğitim</li> <li>3- İstihdam ve Çalışma Şartları</li> <li>4- Gıda</li> <li>5- Cinsiyet</li> <li>6- Sağlık Bakım Hizmeti</li> <li>7- Barınma</li> <li>8- Gelir ve Dağılımı</li> <li>9- Sosyal Güvenlik Ağı</li> <li>10- Sosyal Ayrımcılık</li> <li>11- İşsizlik ve İş Güvenliği</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Erken Yaşam</li> <li>2- Küreselleşme</li> <li>3- Sağlık Sistemi</li> <li>4- Ölçme ve Kanıtlara Dayandırma</li> <li>5- Kentleşme</li> <li>6- Çalışma Şartları</li> <li>7- Sosyal Ayrımcılık</li> <li>8- Sosyal Güvence</li> <li>9- Toplumsal Cinsiyet</li> </ol>

Sağlığa etki eden sosyal belirleyiciler, sağlığı tıbbi bir olgu olmaktan çıkarmış, birden fazla boyut içeren ve birçok bilim ile ilişkili olan bir olgu haline getirmiştir. Sosyal belirleyiciler sağlığa tedavi edici yaklaşımdan daha çok koruyucu ve önleme amaçlı bir bakış açısı da getirmişlerdir. Bu bakış açısını anlayabilmek için sağlığın sosyal belirleyicilerine yakından bakmak gereklidir.

### **1.2.1 Sosyal Tabaka – Gelir ve Sosyal Statü ve Sağlık**

Bir toplum içerisinde sosyal tabakalaşma birden fazla etken ile meydana gelmektedir. En genel ifadeyle, bir toplumda benzer yaşama tarzına sahip insanların oluşturduğu bütünlük sosyal tabaka olarak ifade edilir. Bir başka ifadeyle sosyal tabaka; bir toplumda yaşama biçimi, maddi imkânları, öğrenim durumu bakımlarından birbirine benzeyen kişilerin oluşturduğu sınıf, sosyal sınıf anlamına gelmektedir. Sosyal tabakaların içinde sosyal sınıflar yer alır. Sosyal sınıfı oluşturan bireyler meslek, gelir düzeyi, tüketim biçimi, sosyal statü, sınıf bilinci bakımından ortak özellik gösterirler. Buna göre bir toplumda sosyal tabakalar alt, orta ve üst olarak gösterildiği gibi, bu tabakalar içinde memur, işçi, çiftçi, asker sınıfı gibi sınıflar yer alabilmektedir. Sosyal tabakalaşma sadece ekonomik olarak meydana gelmemektedir ancak, en temel nedenleri arasında yer almaktadır. Sosyal tabakalaşmayı açıklayan faktör olarak bireylerin veya toplumların geliri düşünülecek olursa, yoksulluk ve gelirin adil dağılımı gibi kavramlar karşımıza çıkacaktır.

Bir toplumun sosyal tabakalaşması gelir üzerinden açıklanmaya çalışıldığında, alt sosyal tabakalara doğru gidildikçe bireyin en az iki kez yaşamını tehdit eden bir hastalığa yakalanması riski artmaktadır (Wilkinson ve Marmot: 2003). Fakir insanlar zengin insanlardan daha fazla hasta olurlar ve daha genç yaşta ölürlar, mortalite ve morbidite oranları kişilerin sosyoekonomik durumları ile ters orantılıdır (Deaton, 2002: 13). Halk arasında fakir ve zengin hastalıkları ayrımı bu ilişkinin bir sonucudur. Artan sosyal ve ekonomik eşitsizliklerle varlıklarını sürdürebilmeleri ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri giderek zorlu bir mücadeleye dönüşen toplumlarda, yoksulluk giderek artmakta ve sağlık durumları da buna bağlı olarak etkilenmektedir. Özellikle yoksulluğun yaygın bir hal almaya başladığı gelişmekte olan ülkelerde gelir ile ters yönde bir ilişkiye sahip olan sağlık bundan olumsuz etkilenmektedir.

Yoksulluğun bir sorun olarak algılanıp, anlamlandırılmaya ve mücadele edilmeye başlanması 16. yüzyıla kadar gitmektedir. Yoksulun kim olduğu, neden yoksul olduğu, toplumdaki işlevinin ne olduğu, anlamlandırma içeriğini oluşturmaktadır. Genel olarak

betimlemek gerekirse yoksul olmanın tembellik, düşkünlük, bireysel hatalar-yetersizlikler üzerinden açıklanması ile yapısal ve sistem kaynaklı etkenlerle açıklanması ikilemi bulunmaktadır. Yoksulların toplumun eşit bir bireyi olarak görülmesi, yoksullukla mücadelenin haklar çerçevesinde algılanması ve yapısal önlemlerle yoksulluğun giderilmesi yoksullukla mücadelenin temellerini oluşturmaktadır. Yoksulların işgücünden öte insan olarak algılanmaları ve sadece toplumun bir parçası olmakla sahip oldukları varsayılan hakları öne çıkmaktadır. (Şener, 2010:4).

Yoksulluğun birçok tanımı olmakla birlikte, yoksulluğun daha çok bireysel olmasından tanımını yapmak son derece güçtür. Afrika'da susuzluk ve kuraklık nedeniyle açlık çeken bir birey yoksul olarak adlandırılırken, Paris'te yaşayan ancak yakacak parası olmadığı için ısınma sorunu yaşayan yaşlı bireyde yoksul kategorisine girmektedir. Ülkelerin gelişmişlik dereceleri, işgücü yapılarındaki farklılıklar ve daha bir dizi etken, yoksulluk konusunda tek bir yaklaşım geliştirilmesini engellemektedir (Öztürk, ve Çetin, 2009: 2662). Çok genel olarak yoksulluk; insanların gıda, barınma gibi temel fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayamadıkları ya da karşılasalar bile gelir dağılımındaki dengesizlikler sonucu toplumsal standardın gerisinde kaldıkları bir yaşam biçimidir (Başol v.d.. 1999). Bir diğer tanıma göre ise yoksulluk statüsüne sahip olan bireyler, toplumsal refah düzeyi ve toplumsal yaşam standardının mutlak ya da görel olarak minimum bir düzeyinin altında bulunmaktadır. Yoksulluk; mutlak ve görel olmak üzere iki biçimde tanımlanmaktadır. Mutlak yoksullar en temel ihtiyaçlarını bile karşılayacak gelir düzeyinden yoksunken, görel yoksullar ise toplumsal ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmaktadır. Yoksul bireyler yaşadıkları toplumun kaynaklarından daha az yararlanmaktadır. Yoksul bireylerin gelir seviyeleri dağılımının en alt kısımlarında yer almaktadır. Sağlık ile gelir arasında "gradient (Gradyan)" olarak tanımlanan bu ilişki, aynı yönde bir ilişkidir. Sağlık, gelir düzeyinin yükselmesi ile iyileşmekte, diğer yandan gelir seviyesi azaldıkça sağlıkta kötüleşmektedir (Deaton, 2002).

Bir toplumsal yapı içerisinde bireyin konumunu belli eden sosyal statü de sağlığa etki eden bir faktördür. Sosyal statü ise kişinin sosyal yerinin toplumun diğer üyeleriyle karşılaştırıldığında nerede olduğunu gösteren bir değerlendirmedir. Statü kişinin çevresindekilerin toplum içinde ona nesnel olarak uygun gördükleri mevki ya da pozisyona verilen isimdir (Gönüllü ve İçli, 2001:85). Toplum içerisinde bireyin birden

fazla sosyal statüsü olabilir. Aile içerisinde bir anne, iş çevresinde bir memur veya hastanede hasta olabilmektedir. Sosyal statü ile sağlık arasındaki ilişki sadece iyi ya da kötü maddi koşulların fiziksel etkileri ile sınırlı değildir. Bu bağlantı aynı zamanda sosyal hiyerarşideki konum, insanların üst veya baskın konumlarda olmaları ve alt veya tabî konumlarda olmaları, aynı zamanda damgalanma süreci ve hiyerarşide alta yakın olanların dışlanması ile alakalıdır (Wilkinson, 2009).

### **1.2.2 Stres ve Sağlık**

Yirmi birinci yüzyıl toplumlarının, rekabetçi, aşırı çalışmaya dayalı, endüstriyel yaşamı, bireyin hayatında stres etkeninin daha belirgin şekilde ortaya çıkmasına yol açmış ve stres bireylerin sağlığını tehdit eden büyük bir tehlike haline gelmiştir. Stres, insan vücuduna kısa veya uzun süreli etki eden bir durumdur. Stres, herhangi bir dış çevre etkisinin, durumunun veya olayın, organizmaya yansıyan psikolojik veya fiziki olumsuz sonuçlarıdır (Dinçer, 1994: 219). Aynı zamanda, stres, vücudun normal psikolojik dengesini bozan zararlı ve çeşitli anormal durumlara karşı vücudun gösterdiği tepkidir (Bahar E., 2006: 162). Stres ortamını yaratan şartların, yeni olanı aramakta ve yaratmaktaki faydaları da görmezden gelinmemelidir. Bütün bu anlamlı zorlanmalar göz önünde tutularak, stresler sadede yıkıcı değil yapıcı etkiler de göstermektedir. Bu anlamda stresler, dozajında olduğu sürece, bireyleri ileriye götürücü de olabilmektedir (Batlaş ve Batlaş, 2004). Ancak, her bireyin kendi sınırları vardır ve stres uzun dönemde bireylerin sağlıklarına ciddi bir şekilde zarar verebilmektedir. Ek olarak, sosyal tabakaların aşağısına doğru gidildikçe stresin neden olduğu rahatsızlıklarda artacaktır (Bruber ve Marmot, 2009). Artık daha hızlı hale gelen sosyal hayat ile birlikte sağlık üzerine etki eden stres birçok hastalığa da neden olarak gösterilmektedir. Dolaşım sistemi, kalp ve damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, sinir sistemi ve migren bunların başında gelmektedir.(Okutan vd., 2002: 23).

### **1.2.3 Erken Yaşam ve Sağlık**

Bir bireyin sağlığı her ne kadar madde bağımlılığı, kötü alışkanlıklar, hava kirliliği, enfeksiyonlar, stres gibi ortam etkenlerinden etkilenirse de, erken yaşamında birey sağlığı üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Erken yaşam dönemindeki biyolojik gelişimin, sosyal ve çevresel koşulların belirlediği sağlık durumunun etkileri ömür boyu sürmektedir. Erken yaşam, ileri yaşlardaki sağlığın ve zararlı etkilere duyarlılığın önemli belirleyicileridir. Son 30 yıl içinde, ortam etkenlerinin gelişme üzerine olan

etkilerini ve bu etkilerin uzun dönemde ortaya çıkan biyolojik ve davranışsal sonuçlarını belirleyen birçok çalışma vardır. Çocuklukta iyi bir sağlık durumuna eşlik eden koşullar, eğitimi algılama, iyi ebeveynlik, annenin sağlık ve eğitim düzeyi olarak sıralanabilir. Bu nedenle, annelerin ve çocukların fiziksel ve ruhsal sağlığına ve eğitimine yapılan bir yatırım, aynı ulusun gelecekteki sağlığını olumlu yönde etkileyecek ve vatandaşların görevlerini yerine getirmesine ve sağlıklı olmalarına yardımcı olacaktır (Butterworth ve Wadsworth, 2009:45). Bir bireyin ileri yaşlarda ortaya çıkan kronik bronşit, ilk yaşlardaki beslenme durumu ile ilişkili olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. İleri yaşlardaki boy uzunluğunun, vücut yapısının, ergenlik yaşının da bebeklikteki beslenme biçimi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Neyzi, 2000). Ayrıca, erken yaşamdaki düşük sosyoekonomik koşullar ile bunu izleyen yetersiz eğitim, madde bağımlılığı (sigara, alkol vb.), yetişkinlikte yetersiz beslenme, düşük gelir ve aşırı kilo (obezite) görülme olasılıkları arasında ilişki vardır (Butterworth ve Wadsworth, 2009:47).

#### **1.2.4 Sosyal Ayrımcılık ve Sağlık**

Sosyal ayrımcılık esas olarak, bir bireyin çeşitli nedenlerle sosyal haklarından yoksun bırakılması şeklinde tanımlanabilmekte beraber birkaç boyuta sahip olduğu düşünülmektedir. Dışlanma süreci dinamik ve çok boyutludur. Bunlar sadece işsizlik ve düşük gelire değil, aynı zamanda barınma koşullarına, eğitim seviyesine, fırsatlara, sağlığa, kimliğe ve yerel çevredeki bütünleşmeye de bağlıdır. Bu nedenlerin başında yoksulluk gelmektedir. Zaten birçok bölgede sosyal ayrımcılık terminolojisi yoksulluk veya yoksunluk terimlerinin yerini almaktadır (Shaw, Dorling ve Smith, 2009). Günümüzde mutlak yoksulluk olarak tanımlanan temel ihtiyaçların eksik olması durumu zengin Avrupa ülkelerinde bile varlığını sürdürmektedir. Özellikle işsizler, engelliler ve evsiz insanlar mutlak yoksulluğun neden olduğu erken ölüm riskini taşımaktadırlar. Erken ölüme yol açan en büyük etken dezavantajlı koşullarda yaşama süresinin uzunluğundan kaynaklanan kalp damar hastalıkları ve bir dizi sağlık sorunlarıdır. Sosyal ayrımcılık aynı zamanda bireylerin eğitimsiz kalmalarına neden olur ve temel vatandaşlık hizmetlerinin alınmasının da önüne geçmektedir. Boşanma, ayrılık, bağımlılık veya damgalanma da sosyal ayrımcılığın sonuçları arasındadır (Wilkinson ve Marmot: 2003).

Örnek olarak sosyoekonomik düzeyi düşük bir toplumdan gelen bir kadını ele alalım. Yaşadığı toplumun değer yargıları sonucu, erkek kardeşleriyle aynı haklara

sahip olmasına rağmen eğitim hakkı elinden alınacak, yoksulluk nedeniyle de erken yaşam süresinde yeterli beslenme şansı bulamayacaktır. Aynı ayrımcılık kadının evlilik sürecinde de karşısına çıkacak ve toplumda kendisine biçilen doğurganlık rolünü oynamak zorunda kalacaktır. Bu örnekte söz edilen kadın aslında toplumun kendisine uyguladığı sosyal ayrımcılığın kurbanı olacak, erişkin yaşlarında ciddi hastalıklara yakalanabilecek ve belki de bebeğini kaybetme riski ile yüzleşmek zorunda kalacaktır (Yanikkerem, Saruhan ve Şirin, 2008). Sosyal ayrımcılık, bireyi sadece toplumun imkânlarından uzak tutmayacak aynı zamanda bu etkinin de sonucu olarak sağlığını tehdit edecektir.

Sosyal ayrımcılık, sağlık sisteminin işleyişinde de ortaya çıkmaktadır. Bireyler için sunulan sağlık hizmeti zamansız, etkisiz, tepkisel olmayan ya da ayrımcı olabilir. Fakir ve isimsiz hastalar sıklıkla daha uzun beklemek zorunda kalır, daha yüzeysel muayene ya da küçük görülerek muamele edilir, özellikle kısıtlı kaynakların daha varlıklı hastalar için ayrıldığı durumlarda daha düşük tedavi alabilirler. Bu gibi engellerle hizmet almaları önlenip sağlık hizmeti faydalarından dışlanan insanlar, aynı zamanda genellikle elektrik, su, kanalizasyon, eğitim veya bilgiye ulaşım gibi diğer hizmetlerin de dışında kalmaktadırlar. Sosyal ayrımcılığa neden olan etkenler, coğrafi izolasyon, yoksulluk nedenli engeller, ırk, dil ve kültürü de içerir ve sıklıkla işsizlik ve kayıt dışı iş sahibi olmakla ilişkilidir (DSÖ, 2005).

### **1.2.5 Çalışma Şartları ve Sağlık**

Üretmek isteyen toplumlar için çalışmak yani “iş” kaçınılmaz bir zorunluluktur. Çünkü insan doğası yaşamak için üretmek, üretmek için de çalışmak zorundadır. Kısaca, çalışmak yaşamın bir parçasıdır. Ancak bazen insanlar yaptıkları işten ve çalıştıkları ortamdaki kaynaklanan sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedirler. İş kazaları ve işçi sağlığı sorunları giderek artan boyutları ile kaygı duyulacak düzeylere ulaşmakta olup, bu durum insan gücü ve verimlilik kayıplarına sebep olmaktadır. Aslında, iş ortamı ile çalışanın sağlığı arasında iki yönlü bir ilişkinin varlığından söz edilebilir. Sağlık iş ortamını ve yaşamını ve nihayetinde iş yaşamı da sağlığı etkiler (Parlar, 2008). Kötü çalışma koşulları, ya doğrudan ölümcül kaza veya hastalıkların nedeni olarak ya da, dolaylı olarak genel sağlığın kötüleşmesine katkıda bulunarak, ortalama yaşam beklentisinin düşmesinde önemli bir faktördür. İşle ilgili stres, sadece fizyolojik rahatsızlıklara değil, aynı zamanda psikolojik rahatsızlıklara da neden olmaktadır (Vogel, 2004). Çalışma koşullarının çalışanların yaşamı bakımından bir tehlike



yaratmaya başladığı ilk günden itibaren, çalışanların sağlık ve güvenliklerini korumaya ilişkin çeşitli önlemler alınmıştır. Bununla birlikte, çalışanlar açısından yaşamsal tehlike oluşturan olumsuz çalışma koşulları esasen Endüstri Devrimi ile birlikte ortaya çıkmıştır (Alper ve Demir, 2006:6). Bu bağlamda, endüstrileşmenin hızla gelişmesi çalışanların iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı korunması sorununu gündeme getirmiştir. Yapılan her türlü hukuksal düzenlemelere rağmen, uzun çalışma süreleri, düşük ücretler, sağlıksız ve güvensiz çalışma koşulları bireylerin sağlığını günümüzde hala etkilemektedir (Demirbilek ve Pazarlıoğlu, 2007: 82).

### 1.2.6 İşsizlik ve Sağlık

Toplumlarda, istihdam yalnızca ekonomik açıdan değil, aynı zamanda toplumsal açıdan da önemli olabilmektedir. Toplumda, bireyin çalışmak istek ve yeteneğinde olup da işsiz kalması, bir başka ifadeyle çalışma olanağı bulamaması, bireyin yaşamı üzerinde ekonomik, sosyal ve psikolojik etkiler bırakan bir olgudur (Talas,1997). İşsizlik başlangıçta bireyleri ilgilendiren bir problem olarak algılansa da toplumsal boyutta da etkili bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Birey açısından çalışmama durumunu ifade eden işsizlik en genel tanımla, çalışmanın yokluğunu ifade etmektedir. Oysa çalışmak, bireyin kendine güven ve saygı duygusunu pekiştirmektedir. Çalışma aynı zamanda kişinin topluma ait olma duygusunu güçlendirir (Yüksel, 2003). Birey için işini kaybetmek; ekonomik anlamda geçim kaynağına bağlı olarak sosyoekonomik düzeyinde azalma anlamına gelmektedir. Bireyin işini kaybetmesinin meydana getirdiği sosyal hayatındaki değişiklikler fiziki ve bir takım psikolojik farklılaşmaların da kaynağı olmaktadır. Bireyin işini kaybetmesinin verdiği şiddetli üzüntü ve peşinden farklı kayıpların da geleceği, yerini bir zaman sonra endişe ve korkuya bırakmaktadır. Buna bağlı olarak da işsiz bireylerde gerginlik, depresyon, kendini yetersiz görme, uykusuzluk, özgüvenin yitilmesi, korku ve endişe gibi temel sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Clark, 2001). Bu göstergeler temel olarak stresi işaret etmekte ve bireylerde önemli fiziksel ve ruhsal sağlık problemlerine yol açmaktadır. Fakat işsizlerin karşı karşıya kaldıkları fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarının düzeyi bir takım etkenlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Bu etkenler, bireyin ekonomik durumu, cinsiyeti, medeni hali, içerisinde bulunulan sosyal sınıf, işsizlik süresi, yaşı, daha önce bir işsizlik tecrübesine sahip olup olunmadığıdır. Görüldüğü gibi işsizlik bireyler açısından yaşamı büyük ölçüde etkileyen temel bir kayıp olarak anlam kazanmaktadır.

İşsiz kalan bireyler işsizlik süresinin uzaması ile birlikte özgüvenini yitirmeye başlamakta, kendilerinden ve toplumdan kaçmanın bir yolu olarak kahvehane veya birahane gibi mekânlara sıklıkla gitmeye başlamaktadırlar. Bu yerler işsiz insanların genel buluşma ortamlarına dönüşmekte işsizlerin birbirlerinden sosyal destek aldıkları alanlar olarak yeni bir anlam kazanmaktadır. Bu tip yerlerde bireyler kendilerini psikolojik olarak rahat ve bir yere ait olma duygusu içerisinde görmektedirler. Ancak bu ortamlar ilk bakışta sosyal destek gibi gözükse bile beraberinde bir takım olumsuz durumlar getirmektedir. Bu ortamlar genel olarak alkol ve yoğun sigara kullanımına bağlı olarak fiziksel sağlıklarını tehdit eden alanlardır. Sürecin uzaması halinde bireyler, bağımlılık yaratabilecek alışkanlıklar edinebilecekler ve sonunda birtakım sağlık sorunlarıyla yüzleşmek zorunda kalacaklardır.

İşsiz bireylerin çalıştıkları dönemde tasarrufa gitmeleri ve harcamalarını kısmaları gelecekte ekonomik olarak rahat etmelerine imkân sağlayabilecektir. Ayrıca, çalışma motivasyonu yönünden iş güvenliği de kişilerin yaşamlarında var olan stres yaratıcıların etkisini ya da gözükme süresini azaltabilmektedir. İş güvencesi, birey için gelecekteki belirsizlikleri ortadan kaldıracak ve iş kaybı riskinden kaynaklanan baskının da azalmasına neden olacaktır.

### **1.2.7 Sosyal Destek ve Sağlık**

Bireyin içinde yaşadığı toplumla olan iyi sosyal ilişkiler ve sosyal destek sağlığa önemli katkılar sağlamaktadırlar. Sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlanabilir. Bireyin, sosyal destek sistemini ve sosyal ilişkilerini pekiştiren, sosyal, politik ve ekonomik nitelikli birtakım destekleyiciler bulunmaktadır. Bu çerçevede bireyin ailesi, en geniş aile çevresi, arkadaşları, karşı cins arkadaşı, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Sosyal destek sistemleri, bireylerin yaşamlarına olumsuz etki eden bazı faktörleri ortadan kaldırarak ya da, etkisini azaltarak; bireyin dayanma gücünü arttırmaktadır. Böylece, bireylerin sağlık durumlarının iyileşmesine katkıda bulunmakta ve çevresel stres oluşturan etkenlere karşı kısmen veya tümüyle tampon görevi yapmaktadır (Yıldırım, 1997a). Sosyal destek, başkaları tarafından bireylere sağlanan kaynaklar olarak tanımlanmıştır ve bireye önemsendiğini sevildiğini, iletişim ve karşılıklı sorumluluklar içeren bir sosyal ağa ait olduğu hissettirmektedir. Sosyal destek sağlığa iki farklı şekilde etki etmektedir. Bunlar, doğrudan ve tampon etkiler olarak

adlandırılmaktadır. Doğrudan etkiye göre, sağlık üzerine olumlu etkileri veya toplumsal izolasyondan kaynaklanan destek eksikliği söz konusudur. Tampon etkiye göre, sosyal desteğin sağlık üzerine doğrudan etkisi bulunmamaktadır. Stres etkenlerinin sağlık üzerine etkisini kontrol altına almaktadır. Doğrudan etkiler, başkalarından gelen destek ile diyet, egzersiz yapmak veya sigarayı bırakmak gibi daha sağlıklı davranışlara yönlendirilme şeklinde gözükmektedir. Tampon etkiler ise, profesyonel yardım almak, destek olan bir kişi ile tartışılması biçiminde meydana gelmektedir. Böylece bireyin stres etkeninin yol açtığı sağlığa zararlı olabilecek sonuçlarla başa çıkmasına yardım edebilmektedir (Stansfeld, 2009).

### 1.2.8 Bağımlılık ve Sağlık

Bağımlılık, bireyin kendi ruhsal ve bedensel sağlığına ya da sosyal yaşamına zarar vermesine karşın, “belirli bir eylemi yinelemeye yönelik önüne geçilemez bir istek duyma hali”dir. Bağımlılık bireyin özerkliğini, hürriyetini, iradesini elinden alır ve onlara ipotek koyar. Bağımlılık kişinin işini, ailesini, çevresini etkiler; davranışını ve tutumunu, duygularını kontrol edemez hale getirir; beden ve ruh sağlığını tehlikeye sokar; toplumsal hayatı sarsar. Umutların yitimi ve çaresizlik hayat tarzı haline gelir ve sonuçta “ intihar” riski ortaya çıkabilir (Balcıoğlu ve Abanoz, 2009). Bağımlılık yaratan her türlü alışkanlığın kazanılmasında, aile ilişkileri, çevresel faktörler, bireyin kişilik özellikleri ve psikolojik faktörlerin rolü bulunmaktadır. Sonuçta, madde bağımlısı kişiler sağlığın bütün boyutlarıyla yani, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerinden risk altındadırlar (Yıldırım, 1997b).

Madde bağımlılığının başında alkol, sigara ve uyuşturucu gelmektedir. Alkol kullanımı oldukça yaygındır. Ancak kişilerin sağlığını tehdit edecek boyuta geldiğinde bu alışkanlığın bireylerin hala alkol kullanımına devam etmeleri alkol bağımlılığını göstermektedir. DSÖ alkol bağımlılığını bir hastalık olarak görmektedir (Alkolizm). Aşırı alkol kullanımı bireylerin iş yerindeki motivasyonlarını bozar. Onu ve ailesini sosyoekonomik olarak çökertir. Ailesi ve çevresiyle diyalogları azalır ve yalnızlığa sürüklenirler. İlerleyen zaman içerisinde sosyal ayrımcılığında kurbanları olacaklar ve sosyal destekten de mahrum kalabileceklerdir. Hayatlarını sürdürdükleri toplum içerisinde etkin bir alkolizmle savaş olmaması halinde artan mortalite ve mordibite riskleri ile beraber yaşamlarını kaybedebileceklerdir.

### 1.2.9 Gıda ve Sağlık

DSÖ, yetersiz beslenme ile ilgili sürecin yaşam döngüsü içinde bireyin erken yaşamından, ileriki yaşlara kadar devam ettiğini kabul etmektedir. Özellikle erken yaşam döneminde dengesiz beslenmeye bağlı olarak gelişen hastalıklar ileriki yaşlarda bireyin önemli sağlık problemlerine yakalanmasına neden olacaktır. Yetersiz beslenme temel olarak bireylerin sosyoekonomik düzeyleri ile ilişkili bir durumdur. Ancak, Sosyoekonomik düzeyi çok yüksekte olan bireylerin de dengesiz beslenmeden kaynaklanan sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır. Özellikle hızlı yemek tüketimi hizmeti sunan firmalar obezite ve buna bağlı olarak gelişen kalp-damar hastalıklarını tetiklemektedir. Obeziteye yakalanan bir kişi sadece fiziksel anlamda etkilenmeyecek, sosyal dışlanma nedeniyle ruhsal boyutta da sağlığını tehdit altına alacaktır. Yetersiz ve dengesiz beslenme gıda kaynaklı sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Ancak, göz ardı edilmemesi gereken diğer bir etkende gıda denetimidir. Bireylerin doğru gıdaları tüketmelerinin yanında sağlıklı bir süreç içerisinde üretilen gıdaları da tüketmeleri önem arz etmektedir. Bunun başlıca sorumluluğu yerel yönetimler ve politika yapıcılardadır. Toplumun gıda ihtiyaçlarını giderirken sürdürülebilir tarımsal ve gıda üretim metotlarını desteklemelidirler. Sosyoekonomik şartların nedeni olarak oluşan beslenme bozuklukları sağlıkta eşitsizliği tetikleyen en önemli etkidir.

### 1.2.10 Ulaşım ve Sağlık

Her yerleşim bölgesi tüm ulaşım çeşitlerini koordine eden politikalar geliştirebilmek için, bir ulaşım stratejisine gereksinim duymaktadır. Yanlış politika uygulamaları, şehirlerde yaşayan toplumlara kişisel araç kullanımına sevk edecektir. Bu yönelim, ekonomik, sağlık, şehircilik ve çevreyle ilgili sorunlara yol açacaktır. Ulaşım ile ilgili geliştirilecek olan politikaların sağlık öncelikleri aşağıdaki unsurları içermelidir (Barton ve Tsourou, 2010: 58-59), (Wilkinson ve Marmot: 2003).

- i) Hava kirliliğini önleyebilmek için trafik yoğunluğunu şehirlerin yerleşim alanları dışına taşıması,
- ii) Yüksek oranda ölüm ve yaralanmaya neden olan trafik kazalarının sayısını azaltmak için nedenlerinin ortadan kaldırılması,
- iii) Obezite, diyabet ve kalp krizi sıklığını azaltan yürüyüş ve bisiklete binme egzersizlerini teşvik edilmesi,

- iv) Toplu taşımacılığı yaygın hale getirmek suretiyle bireylerin iş ve hizmetlere erişimini iyileştirilmesi,
- v) Trafik toplumu bölen yollar ile ve aynı caddenin iki tarafındaki insanları ayırarak şehirlerde yabancılaşma ve yalıtım önemli bir nedenidir. Bu durumun azaltılmasını yönelik olan uygulamalara ağırlık verilerek, sosyal etkileşim ve toplum duygusunun gelişimine katkıda bulunulması,
- vi) Kıt enerjinin tüketimini azaltılması ve kaynakların bir araya getirilmesi,
- vii) İklim değişikliklerinin sorumlusu olan sera etkisi gaz emisyonlarının en hızlı kaynağı olan ulaşım kaynaklı CO2 emisyonunu azaltılması,

Ulaşım seçeneklerini düzenleyen politika yapıcılar aynı zamanda toplumların sağlığından birincil derecede sorumlulardır. Toplumların sağlığını daha da iyiye götürebilmek için bilimsel yaklaşımlarla şehirler planlanmalı ve mega şehirlerin yerine daha küçük yönetimi kolay şehirlere öncelik verilmelidir. Bunların gerçekleşebilmesi için sadece politika yapıcılar değil sivil toplum örgütlerinin ve sanayi kuruluşlarının itici kuvvetine ihtiyaç vardır (Mccarthy, 2009).

### **1.2.11 Eğitim ve Sağlık**

Eğitim, en genel anlamıyla davranış değiştirme süreci olarak tanımlanmaktadır. Eğitimde meydana getirilmek istenilen davranış değişikliği öğrenme ve öğretme süreciyle gerçekleşen değişimlerdir. Toplumun kalkınması ve gelişmesi için belli niteliklere sahip insan gücünün kazanılabilmesi için bireylerin istedik davranışları kazanmalarının sağlanması kadar, istenmedik davranışlarında önlenmesi gerekmektedir (Aytekin ve Bulduk: 2000).

Sağlık eğitimi ise, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmeyi, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmayı ve kişilerde sağlıkla ilgili düşünce, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmayı amaçlar. Sağlığın teşvik edilmesi temel hedefi doğrultusunda; bireyin sağlık bilincinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine katılabilir, sağlık haklarını savunabilir, sağlık hizmetlerinden yararlanabilir hale getirilmesi için yapılacak çalışmaların başında halkın sağlık eğitimi gelmektedir (Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı, 2008).

Sağlığın teşvik edilmesi, kişilere en uygun sağlık durumunun sağlanması yönünde hareket edebilmeleri, yaşam tarzlarını değiştirmeleri için politika yapıcılarının programlarında öncelikle ele alması gereken bir konudur. Sağlığın teşvik edilmesi

eğitim ile başlamaktadır. Sağlık, fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal ve entelektüel açıdan tam iyilik halidir ve yaşam tarzı değişiklikleri, farkındalığın sağlanması, davranışın değiştirilmesi ve sağlıklı davranışları destekleyen çevreler oluşturulması gibi faaliyetler aracılığıyla sağlanabilir. Bunlar içerisinde de en büyük ve kalıcı etkiyi, eğitim veren kurumlar sağlamaktadır.

Bir okul öncesi öğrencinin, doğru beslenme alışkanlığı eğitim ile sağlanabilir. Erken yaşamında doğru beslenme alışkanlığı elde etmiş olan bireylerin, ileriki yaşamlarında kalp damar rahatsızlıkları, obezite, şeker, kanser gibi hastalıklara yakalanmaları riskini de azaltacaktır. Yine erken yaşamında fiziksel aktivite yapma alışkanlığını kazanan bir birey, sağlıksız yaşamdan uzak kalabilecektir. Bu örnekler sağlığın eğitim ile olan ilişkisini göstermektedir. Sağlık ve eğitim, sadece bireyleri canlı organizmalardan kaynaklanan hastalıklardan korunma yönünde değil, aynı zamanda bireyin hayatındaki uzun dönemde oluşabilecek olan risklerinde azaltılmasını sağlayacaktır.

Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin çalıştıkları örgütte yükselme olanakları artmaktadır. Buna paralel olarak eğitim düzeyi yüksek bireyler, yönetimde üst basamaklara çıkma olanağına sahip oldukları için görev sorumlulukları ve almış oldukları riskler arttıkça stres düzeyleri de artacaktır (Celayir ve Keskin, 2010: 57). Stres sağlığa olumsuz etki eden bir unsurdur ve etkileri zaman içerisinde ortaya çıkmaktadır.

Eğitim düzeyinin giderek artması, sağlıklı bir hayatın öneminin de daha iyi anlaşılmasına, katkı yapan bir unsur olmaktadır. Diğer yandan, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hijyen kurallarına uymasıyla, bireyin yaşam beklentisinde artış meydana gelecektir. Aynı zamanda, bireyin eğitim seviyesinin artmasıyla beraber sosyal statüsü hiyerarşide yukarılara çıkacak, bundan gelir durumu da olumlu etkilenecektir.

### **1.2.12 Biyolojik - Genetik Özellikler ve Sağlık**

Yeryüzünde her gün milyonlarca canlı meydana gelir. Bunlardan bazıları, dünyaya geldikleri andan itibaren ana-babalarına benzerler. Bazıları ise, hayatlarının çeşitli dönemlerinde değişiklikler gösterirler. Bir kelebek doğduğu zaman yani dünyaya geldiğinde bir tırtıldır. Yeni doğmuş insan yavrusu bir bebektir. Fakat gene de dünyaya gelmesinde sebep olan anne ve babasının küçük bir örneği durumundadır. Burada söz konusu olan benzerlik, her canlıya ait genel yapı ve özel davranış karakteristiklerinin

kuşaktan kuşağa, ana-babadan, doğan yavruya geçmesiyle gerçekleşir. Yeni doğan'ın eskiye benzemesi hali yani "kalıtım-soyaçekim-ırsiyet" diye tanımlanır.

Bilim insanları, kalıtım konusuyla çok eskiden beri ilgilenmişlerdir. Bilim tarihinde bu konu iki açıdan ele alınmıştır. Bazı bilim adamları tarafından kuramsal (teorik-nazari) çalışmalar yapılırken, Mendel ve onun düşünce tarzına sahip olan bilim insanları da onların yöntemlerini uygulamışlardır. Aradan belirli bir zaman geçtikten sonra, çalışmalar Avusturyalı Mendel'in çıkış noktasından ve onun doğrultusunda devam ettirilmiştir. Mendel'in çalışmalarının sonucu yayınlanmışsa da, çağdaşları bunu gereğince anlayamamışlardır. Ancak, Mendel'in ortaya koyduğu sonuçlar kanunlar haline getirildikten sonra kalıtımın özelliği daha iyi anlaşılabilmiştir. Mendel, kalıtımın her karakter için (bezelyenin büyüklüğü, insanın gözünün rengi, vs. gibi) belirgin ve özel bir yapıcı, yani bir faktör kabul etmekle açıklanabileceğini ortaya koymuştur. Bu faktörler sonradan "gen" olarak adlandırılmıştır.

Genler kromozon adı verilen küçük ipliksi yapıların üzerinde bulunurlar. Bir insanda normalde çoğu hücresinde 46 kromozon bulunur. 23 kromozonluk bir takımı annesinden diğer 23 kromozon takımı da babasından almaktadır. Bireyin hem annesine hem de babasına benzemesinin yani benzer karakterlere sahip olmasının sebebi budur. Bazı zamanlarda genin bir kopyasının çalışmasını engelleyen bir değişim (mutasyon) olur. Bu değişim, genetik bir hastalığa neden olabilir. Çünkü gen yeni doğana doğru eski bilgilerin anne ve babasından iletilmesinde başarısız olmuştur (eurogentest.org, 2007). Bu mutasyon bozukluğu da bireyde bazı hastalıklara neden olabilecektir. Herhangi bir belirli tek genin mutasyonu tüm popülasyonda nadir olabilir ama toplu halde popülasyonun %2'sini, yaşamlarının herhangi bir evresinde etkiler.

Genetik hastalıkların tedavisindeki gelişmelerin anahtar yönlendiricisi insan gen diziliminin tamamlanmış dizisinden ve fare gibi ilgili türlerin gen dizilimlerinden elde edilen bilgilerin süregelen analizi olmaktadır. Bu bilgi pek çok hastalığa yeni bakış açıları getirmektedir. Günümüzde özellikle gen biliminde meydana gelen gelişmelere paralel olarak bireylerde görülen hastalıkların mutasyon kaynaklı olduğu tespit edilebilmektedir. Ancak şu anda hem etik hem de sosyal anlamda tedavi yöntemlerinde büyük sınırlamalar olmak ile beraber önümüzdeki yüzyılda gen biliminin geleceği nokta insanoğlunu yeni bir evrende yolculuğa götürebilecek kadar kuvvetli olacaktır.

### 1.2.13 Cinsiyet ve Sağlık

Biyolojik temelde kadın ve erkek olmak üzere iki cinsiyet bulunmaktadır. Bu temel ayrıma neden olan özellikler anatomik ve hormonal başlıklar altında toplanmaktadır. Kısaca bir bireyin sahip olduğu fizyolojik ve biyolojik özellikler kadın ve erkek olma durumunu belirlemektedir. Buna cinsiyet denmektedir. Ancak bireyin biyolojik ve fizyolojik özelliklerinin yanında kadın ve erkek olarak tanımlanmasında etken olan diğer bir faktörde kültürdür. Kültürün temel alınarak yapılan bu tanımlamaya toplumsal cinsiyet adı verilmektedir. Toplumsal cinsiyet, kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rollerini ve sorumluluklarını ifade eder. Toplumsal cinsiyet biyolojik farklılıklardan dolayı değil, kadın ve erkek olarak toplumun bizi nasıl gördüğü, nasıl algıladığı, nasıl düşündüğü ve nasıl davranmamızı beklediği ile ilgili bir kavramdır. (Akın, 2007:1).

Biyolojik cinsiyetin aksine, toplumsal cinsiyet, farklılığı, bireyin yaşadığı toplumdaki rolünü, sorumluluklarını ve imkânlarını belirlemektedir. Bunun en açık göstergesi kamusal alanda çalışma ve politika “doğal” olarak erkek; ev işleri ve aile ile ilgili özel alanlar “doğal” olarak kadın işidir görüşünün birçok toplum tarafından yaptırım şeklinde benimsetilmesidir. Toplumsal cinsiyet ayrımları hem kadınların hem de erkeklerin yaşamını şekillendirir ve sonuçta bu çeşitlilik sadece farklılıktan daha fazla anlam taşır. Öyle ki; kadın kategorisinde olma erkek kategorisinde olmaya göre, kadınların kaynaklara daha az ulaşmasını ve elde etmesini haklı gösterir. Bu eşitsizlik en belirgin olarak gelir ve servet dağılımında kendini gösterir. Bugün dünyadaki yoksulların % 70’ini kadınlar oluşturmaktadır. Yoksulluğun kadınlaştırılması olarak tanımlanan bu durum, hem zengin hem de fakir ülkelerde mevcuttur ve çalışma yaşamında kadınların eşit olmayan durumunu ve ev içindeki düşük statülerini yansıtan bir göstergedir. Birçok kadın çalışma imkânı bulamazken, çalışan kadınlar ise ancak erkek kazancının ortalama 3/4’ü kadar ücret kazanmaktadırlar. (Akın ve Demirel, 2003).

Toplumsal cinsiyete bağlı eşitsizliğin en büyük oranda etkilediği grup kadınlardır. Kadınlara karşı yapılan ayrımcılık dünyanın hemen her ülkesinde sosyoekonomik durumu ne olursa olsun karşımıza çıkan bir durumdur. Ancak, ülkelerin sosyoekonomik durumları ayrımcılığın şiddetinde farklılıklara yol açabilmektedir. Bu eşitsizliğe maruz kalan kadınlar, siyasal, yasal, sosyal ve ekonomik haklara sahip olmada ve bu hakları kullanmada engeller ile karşılaşmaktadırlar. Dünyanın farklı bölgelerinde yeni doğan bir



kız çocuğu öldürülmekte, bir kıza sünnet uygulanmakta, cinsellik konusunda eğitim alma hakkı engellenmekte, tecavüz sonucu oluşan gebeliğini ailesinin dini inanışları nedeniyle sürdürmek zorunda kalmaktadır. En önemli nokta ise, bir kadının dini veya toplumsal inanışları neticesinde bazı durumlarda hekime gidebilmesi engellenmektedir ve tedavi olma hakkı elinden alınmakta, toplumdaki rolünün geride olması neticesinde sağlığı tehdit edilmektedir (Üner, 2008:7).

Toplumsal cinsiyete bağlı eşitsizliklerin görülme nedenlerinden biriside şiddettir. Kadına yönelik şiddeti DSÖ kadın sağlığı sorunları arasında görmektedir (DSÖ, 2002). Birleşmiş Milletler 1993 yılında Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi'nde kadınlara yönelik şiddet; "İster kamusal, isterse özel yaşamda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayanan bir eylemde bulunma veya bu tür eylemler ile tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma" şeklinde tanımlanmaktadır. Uzun yıllar kadınlara yönelik olarak uygulanan şiddetin sosyal bir konu olduğu ve bu nedenle sağlık hizmetleri dışında ele alınması gerektiğine inanılmıştır. Oysa şiddete maruz kalan kadınların en kolay ulaşabilecekleri kurumlar sağlık kurum ve kuruluşları, dertlerini en iyi anlatacakları kişiler sağlık çalışanlarıdır (Dişsiz ve Şahin, 2008:51). Bu nedenle kadına yönelik şiddet sonuçları itibariyle sağlık problemi olarak karşımıza çıkabilmektedir. Dünya nüfusunun yarısını oluşturan kadınların toplumsal cinsiyet ayrımcılığı sonucu ikinci sınıf insan muamelesi görmeleri, düşük olan toplumsal statüleri, kaçınılmaz olarak onların verilen sağlık hizmetlerini kullanmalarını, hizmetlerden zamanında yararlanmalarını da olumsuz etkilemektedir.

Anne ölümleri de kadının uğramış olduğu toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile ilişkili bir sonuçtur. Kadının en sağlıklı olması gereken yaş döneminde, üstelik de "fizyolojik" bir olay sonucu meydana gelen anne ölümleri istatistiklere bakıldığında kadının statüsünün düşük olduğu ülke ve yörelerde daha yüksek olduğunu göstermektedir (Akın, 2007:5)

Tıp bilimi içerisinde de kadın ve erkeklerdeki hastalık özelliklileri farklılıklar gösterebilmektedir. Kadınların doğumda beklenen yaşam süresi daha uzundur. Ancak, statülerine bağlı olarak pek çok kadının erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bilinmektedir. Kadının eğitim, sosyal, ekonomik ve sağlık imkânlarından uzaklaştırılması anne ölümlerinin yükselmesine, istenmeyen gebeliklerin artmasına, kadınlarda AIDS görülme sıklığının artmasına neden olabilecektir. Özellikle kadının

eğitim düzeyi arttıka istenmeyen gebelikler önlenmekte ve anne ölümlerinin önüne geçilebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2005) (Özvarış vd., 2008).

#### 1.2.14 Barınma ve Sağlık

Buharlı makinelerin icat edilmesiyle beraber başlayan sanayi devrimi insanların yığın üretim yapmalarının önünü de açmıştır. Ancak bu devrim dolaylı olarak şehirleşme olgusunu tetiklemiş ve insanları daha kalabalık büyük kentlerde yaşamaya zorlamıştır. Kentlerin büyüyerek daha fazla insan barındıran alanlar haline dönüşmesi barınma sorununu da beraber getirmiştir. Mega kentlerin sorunları büyüklükleri ile doğru orantılı olarak karşımıza çıkmaktadır.

İnsanlık tarihi kadar eski olan barınma problemi ilk çağlarda mağaraların kullanılmasıyla giderilebilmekteydi. Mağaralarda insanların ilk ataları toplu olarak yaşamak suretiyle hem dış dünyanın yaban tehlikelerinden kendilerini koruyorlar hem de hava şartlarında meydana gelen değişimlerden etkilenmiyorlardı. Ancak özellikle de yirmi birinci yüzyıla gelindiğinde teknolojiye meydana gelen değişmeler neticesinde barınma artık ihtiyaç olmaktan çıkmış lüks tüketim aracı olmaya başlamıştır.

Barınmak kelime anlamıyla “doğa etkilerinden korunmak için kapalı bir yere sığınmak ya da, yerleşmek, yaşamak için uygun şartlar bularak oturmak” anlamına gelmektedir (TDK, 2010). Tanımda geçen uygun şartlar bireyin barınma kalitesini de etkileyen bir durumdur. şartların iyi veya kötü olması bireyin barınma kalitesinin iyi ya da kötü olmasını da etkileyecektir. Sosyoekonomik farklılıklar toplumda eşitsizlikleri tetiklemekte ya da var olanların altını daha kalın bir biçimde çizmektedir. Eşitsizlikler eğitimden sağlığa, beslenmeden çalışma koşullarına kadar birçok sosyal olguyu etkilemektedir. Sosyoekonomik eşitsizliğin etkilemekte olduğu olgulardan bir tanesi de barınmadır.

Bireyler barınma ihtiyaçlarını giderebilmek için konutlardan yararlanmaktadırlar. Gelişen inşaat teknolojileri ile beraber hızla artan nüfusun konut ihtiyacına cevap verebilmektedir. Ancak, sonuça bir yatırım bazen de lüks aracı olarak kullanılabilen konutlara sahip olabilmek için belli bir alım gücüne sahip olmak gereklidir. Bireylerin sağlam ve kaliteli olarak adlandırılabilen konutlarda yaşaması onların doğrudan ya da doğrudan yaşam kalitelerine de etkide bulunacaktır. Yeterli ekonomik güce erişme imkânı bulamayan bireyler bu ihtiyaçlarını kalitesi düşük konutlar ile gidermek zorunda kalabileceklerdir.

Kentleşmenin hızla artması bugün az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin sorunlarının başında gelmektedir. Özellikle 20. yy.'ın ikinci yarısına doğru sanayileşmenin artması ile beraber yapılaşma artmış bu ikisine paralel olarak da kentleşme hızlanmıştır. Bu hızlı artış ise, gerekli uygun koşulları taşımayan konutların sayısının da artmasına yol açmıştır.

Kentleşmenin hızlanmasının yaratmış olduğu sonuçlardan bir diğeri ise göç olgusudur. Kırsal alandan kentsel alana doğru yoğun olarak gerçekleşen göç nedeni ile kentlerde nüfus yığılmaları olmuş, çoğu zaman, konut alacak veya kiralayacak kadar bile birikime sahip olmayan bu insanlar, kaçak yapılar veya gecekondular yaparak kendi çözüm yollarını oluşturma yolunda, barınma ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmışlardır.

Kırsal alandan kentsel alana göç ile birlikte, yetersiz kalan konut politikaları sonucu gecekondular ve kaçak inşaatların sayısında ve yapımında hızlı artışlar gözlemlenmiştir. Kentler, yasal olmayan inşaatlar ile şantiye haline dönüşmüştür. Yasadışı bu yapılar çarpık kentleşmeye neden olmuşlardır.

DSÖ'ye göre az gelişmiş ülkelerde yapıların niteliği ile kişi sağlığı arasındaki ilişki giderek bozulmaktadır. Kırsal kesimde bir milyar ve kentsel kesimde 600 milyon kişi, suyu ve sanitasyonu yetersiz ve sağlık yönünden sakıncalı konutlarda ve şartlarda yaşamlarını sürdürmeye çalışmaktadırlar. Niteliksiz yapılaşma ve çarpık kentleşme ile birlikte iç mekânlarda istenilen konfor şartları sağlanamamaktadır. Konutların yapılış durumu ve sağlık koşulları dikkate alınırken, yerleşim yerinin nüfus yoğunluğuna göre planlama yapılması; oyun ve eğlence alanları ile park ve bahçeler için yeterli alanlar ayrılması gibi önlemler unutulmamalıdır. Tüm bu etmenler, konutlarda yaşayanların sağlığını ve yaşam biçimini karşılıklı olarak olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilecek olan faktörlerdir (Dirican, 1993). Buna göre konutların barınma koşullarını belirleyen nitelikleri şunlardır:

- 1- Konutun sağlamlığı,
- 2- Konutun sahip olduğu teknik ve çevresel özellikleri,
- 3- Konutun bulunduğu bölgedeki barınma yoğunluğu,
- 4- Konutun sahip olduğu oda sayısı,
- 5- Hane halkının sosyal statüsü,

şeklinde sıralanabilir (Ekinci ve Ozan, 2006). Bu şartların en uygun şekilde sağlanması bireylerin çevre ve mekân kalitelerine olumlu katkıda bulunacaktır. Ayrıca bu şartların yanında otopark, yeşil alan ve oyun alanı gibi altyapılara yer ayrılarak ve komşuluk ilişkilerini güçlendirecek çevre düzenlemelerine yer verilerek daha birçok sağlığa olumsuz yönde etki eden faktörlerin de ortaya çıkmasının önü kesilebilecektir.

Konutların sağlamlığının deprem, heyelan ve toprak kayması gibi doğa olaylarında ne denli önemli olduğu geçmişte yaşanan acı deneyimlerle anlaşılmıştır. Teknik özelliklerde bugün sadece barınma ihtiyacı için konut edinilmesinin ötesinde konutların birer lüks tüketim aracı ve yatırım aracı olmasının önünü de açmıştır. Bir konutun sanayiye yakınlığı, çevresinde yürüyüş yolu ya da park, bahçe olup olmaması ve konutun güneş gören bir konumda olması bireylerin sağlığı üzerinde etkileri olan özelliklerdir. Barınma yoğunluğu, oda sayısı ve hane halkının özellikleri de konutun sadece sahip olduğu özelliklerin uygun konut sınıfının kazanmasına yeter olmadığını göstermektedir. Konut içerisinde ikamet eden bireylerin kültürel özellikleri ya da o konut içerisindeki yeter sayıda oda olup olmadığı da sağlık üzerine etkiye sahiptir. Konutlarda kalabalık şekilde ikamet eden bireyler, kişisel hijyen ve sağlık uygulamalarında zorlanacaklardır. Kalabalık konutlarda yaşayan birey, yeter sayıda odaya sahip bir konutta yaşayan bireye göre daha kötü sağlık koşullarında olacaktır.

### **1.2.15 Çevre ve Sağlık**

Doğa içerisinde varlığını korumak, temel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla yönelik insan faaliyetleri, 18. yüzyılda endüstri devrimi ile boyut değiştirmiştir. Özellikle içinde bulunduğumuz 21. yy'da toplumlar, mekân, enerji ve hammadde sorununa çözüm getirmek ve gereksinimleri karşılamak amacıyla, doğal kaynaklardan ve doğal ortamlardan daha fazla yararlanma yoluna gitmiştir. İnsan, gelişmesine paralel olarak doğaya olan bağımlılık bilincini kaybetmiş ve yapay yaşam ortamlarını çoğaltmıştır. Yoğun yapılaşmanın bir sonucu olarak ortaya çıkan coğrafi yapıdaki değişimler, su, toprak ve bitki arasında var olan dengeyi bozmaktadır. Öte yandan, gerek konutlardan kaynaklanan, gerekse endüstriyel ürünlerin kullanımı ve üretimi sırasında çevreye atılan zararlı maddeler ve gazlar, çevre kirliliğine yol açmaktadır. İnsan ve Çevre arasındaki etkileşimin önlenemez nitelikte artışı neticesinde, çevre kavramının günümüzde kirlilik ile beraber anılmasıyla, çevrenin ulusal düzeyde olduğu kadar uluslararası düzeyde de yeni yaklaşımlarla ele alınması doğurmuştur.

İnsanlar artık bir yandan kendi çevresinin kirlenmemesi ve bozulmaması için mücadele verirken, öte yandan da dünya ölçeğinde sonuçlar doğuran çevreyi bozucu faaliyetlere karşı çıkmaktadırlar. Çünkü artık ormanların tahribatından, çölleşmeden, kirlenmeden, bitki ve hayvan türlerinin kaybindan, asit yağmurlarından, ozon tabakasının delinmesinden, yağış düzeninin değişmesinden bütün ülkelerin zarar gördüğü bilinmektedir.

Çevre bozulmasına etken olan önemli nedenlerden biri de hızlı nüfus artışıdır. Belli bir bölgede nüfusun hızla artması aynı zamanda kentlerde konut ihtiyacının da artmasına neden olmaktadır. Her gün hızla artan konut ihtiyacı nedeniyle kentler, şantiye şehirlere dönüşmüştür. Kent yönetimleri artan gereksinime karşılık verecek ekonomik destek, planlama ve uygulama gücüne sahip değilse artan gereksinimlerin giderilmesi çok zorlaşacaktır. Taleplerin karşılanamaması durumunda da boşluk yasal olmayan bir şekilde doldurulmaya çalışılacak ve çarpık kentleşmenin en büyük sorunu olan gecekondular devasa kentlerin çevresini saracaktır. Gecekondulaşmanın getirdiği sorunların yanında bireylerin eğitim, sağlık, beslenme ihtiyaçlarının giderilmesinde de eşitsizlikler artacaktır. Nüfusun artmasının getirdiği olumsuzluklar kent ulaşımını da etkileyecek, otomobillerden salınan gazlar hava kirliliğine korna sesleri de gürültü kirliliğine neden olacaktır. Hızlı ve çarpık kentleşmenin çevre sağlığı üzerine olan etkileri daha fazla çeşitlendirilebilir. Fakat genel başlıkların aşağıdaki şekilde sıralanması mümkündür (Güler ve Çobanoğlu, 1994a:11):

1. Göç ile kentlere yerleşen geniş aileler, çekirdek aile yapısına dönüşeceklerdir. Yeni aile yapısı aile bireyleri ve akrabalar arasındaki geçmişte var olan dayanışma oranının azalmasına yol açacaktır. Bir şekilde eskiden etkin çalışan sosyal destek ağları arasındaki bağlantılar kopacaktır. Aynı zamanda, kent yaşamına geçiş bireyin gereksinimlerin de değişmeye ve artışa yol açacaktır. Birey iş bulma ve gelecek kaygısı taşımaya çalışırken yeni yaşamına da sosyal yönden uyum sağlamaya çalışacaktır. Bu gibi unsurlarda bireyde stres yaratacaktır. Stres halinin uzun sürmesi de bireyin sağlığı üzerinde olumsuz tesire neden olacaktır. Sağlık artık sadece çevrenin fiziksel özellikleri yoluyla değil, çevrenin tetiklediği diğer sosyal belirleyiciler tarafından da tehlike altına girecektir.
2. Hızlı kentleşme ile ortaya çıkan gecekondulaşma, dar sokakları ile çöplerin toplanmasını güçleştirmekte, su ve kanalizasyon bağlantılarının yapılabilmesini

engellemektedir. Ev sanitasyonu ve kişisel hijyen olanakları yetersiz olmaktadır. Banyo ve temizlik olanakları kısıtlanmaktadır. Bireylerin kişisel bakım ve hijyen kurallarına uymaları zorlaşmaktadır. Özellikle coğrafi yapının elverişsiz olduğu bölgelerde yapılan gecekonduarda sağlıklı tuvalet yapımının mümkün olamaması nedeniyle bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı artacaktır. Birey kolera, dizanteri ve tüberküloz gibi hastalıklar karşısında açık hedef haline dönüşecektir. Rant elde etmek amacıyla kent planına uygun olmayan araziler gecekondulaşmaya başlayacaktır.

3. Kent yaşamı içerisinde bireylerin her gün daha fazla vakti ulaşım ve iş ortamlarında geçmektedir. Buna bağlı olarak kentleşmenin getirdiği hızlı yaşam tarzı bireyin beslenme ve sağlığa ayrılan kaynak miktarını azaltma yönünde tesir gösterecektir. Özellikle kırsal kesimden kente göç etmiş olan birey eskiden kendi yetiştirdiği hayvanlardan temel besin öğelerini sağlama olanağı bulurken, yeni başladığı kent hayatında gizli açlık sorunuyla karşılaşmaktadır. Beslenmenin sorun haline gelmesiyle beraber erken yaşam kalitesi gerileyecek ve birey küçük yaşlarda geçirdiği hastalıkların tehdidinde bir yetişkinlik dönemi sürdürecektir. Aynı zamanda, dengesiz beslenmenin neden olduğu hastalıkların görülmesinde de artış olacaktır.
4. Kalabalıklaşan kentlerde trafik yoğunluğu, kent içi gürültü, hava kirliliği gibi sorunlar artmaktadır. Özellikle daha önceden yapılmış olan kent planlarının koyduğu ilkelerin çiğnenmesi, kentlerin hava koridorlarının kapanmasına, yapılaşmanın sakıncalı olduğu bölgelerde yüksek yapılaşmaya yol açmaktadır. Bu hava kirliliği sorununu daha da artıran bir sorun olmaktadır. Endüstriyel kuruluşlar, otomobiller, uçaklar, fırınlar, apartmanlar hava kirliliğini artırıcı birer faktör olabilir. Fosil yakıtların yani petrol ve maden kömürlerinin yanması kirlitici birçok etkenin havaya karışmasına neden olmaktadır. Çelik ve kâğıt fabrikaları, santraller, petrol rafinerileri bunlar arasında en önemlileridir.
5. Her bir otomobil egzozundan havaya yılda bir ton kirlitici verilmektedir. Uçağın çıkardığı buharın uzun süre havada görülmesi yükseklerde hava hareketlerinin ne kadar yavaş olduğunu gösterir. Gazlar havada uzun süre asılı kalabilmektedir. Jetlerin önemli birer hava kirlitici etken olmalarının nedeni budur. Kömür ve petrolün yanma ürünleri arasında en tehlikeli gazlardan birisi kükürt dioksittir.

Yukarıda sayılan nedenlerin tümü bir bütün olarak ya da tek tek bireyin sağlığını tehdit edebilmektedir. Bazen doğrudan bir hastalığın nedeni olabilecek bazen de bir stres faktörünün başlangıç noktası olabilecektir. Bireyin yaşadığı kentler sundukları imkânlar ile onların yaşam kalitesini arttırmak yönünde katkıda bulunmalıdırlar. Ancak, gerek ekonomik gerek sosyal nedenlerle ortaya çıkan çarpık kentleşme sadece inşaat teknolojisi ya da bir yönetim sorunu değildir. Belli bir bölgede artan nüfus doğal olarak kentleşme oranını da arttıracaktır. Kontrolsüz ve kural dışı yapılaşmaya izin veren bir kentleşme anlayışı da beraberinde bireylerin sağlığını tehlikeye düşüren unsurları getireceklerdir. Kentler bireylerin yaşam çevreleridir. Kentler, bireylere sadece geçim kaynağı değil onların eğitiminden sağlığına kadar her alanda etkili olmalıdır.

Kentleşmenin sağlığı tehdit eden bir unsur haline gelmesinin, neticesinde, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 1986'da yerel düzeyde herkes için sağlık ilkesini gündeme getirmiş ve halk sağlığı alanında "Sağlıklı Kentler Projesi" hareketini başlatmıştır (Fırat, 2006). Yaklaşımda amaç şehir planlama ilkeleri ve sağlıklı şehirler yaklaşımı arasında yakın bir ilişki bulunduğunu ortaya koymak ve sağlık ve yaşam kalitesine odaklanan bir şehir planlama yaklaşımını vurgulamaktır. Kent planlamasında temel amacın sağlık olması, planlamaların değerlendirilmesinin gösterge temelli, politikalarında tutarlı olmasını sağlayacaktır.

Tarıma dayalı toplumlarda bireylerin dağınık ve küçük birimlerde yaşadığı koşullar ile kentleşmenin yoğun olduğu yerlerdeki koşullar arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. Büyük kentlerin olduğu bölgelerde sağlık kurumlarının sayıca fazla olması ve buna bağlı olarak uzman personelin, ilacın ve teknolojik imkânların yeter derecede bulunmasına karşılık kırsal kesimlerde ciddi derecede personel ve donanım eksikliği bulunmaktadır. Kırsal kesimlerdeki yetersiz içme suyu, alt yapı ve tuvalet olanakları bireylerin sağlığını tehdit etmektedir (Mutlu ve Işık, 2005). Büyük kentler ve kırsal kesimler arasındaki bu imkân farklılıkları da bireyleri buldukları çevreyi değiştirme ihtiyacına sevk etmekte ve bunun sonucu olarak kentler göç problemi ile karşı karşıya kalmaktadır. Böylece, göç sonucunda beklenmedik şekilde gerçekleşecek olan nüfus artışları da ileriki zamanlarda sağlık harcamalarının artmasına ve kentlerde de sağlık imkânlarının yetersiz kalmasına neden olacaktır.

Fiziksel çevrenin yanında diğer bir etkende bireyin sahip olduğu kültür, fiziksel çevre, aile yapısı, din, dil, ırk gibi kavramlardan etkilenen ve bunlara göre şekillenen sosyal çevresidir. Sosyal çevreyi etkileyen birçok etkenin varlığı söz konusu

olduğundan tanımında bu özellikleri içermesi gerekir. En genel olarak sosyal çevre ya da toplumsal çevre bireylerin yaşadığı ve içinde bulunan diğer unsurlarla birlikte oluşturduğu bir bütündür. Kısaca yaşanan yer, köy, semt ve şehirdir (Aydın, 2008). Çünkü yerleşim yerleri birbirilerini oluşturan fiziksel unsurların yanında, kültür, din, dil, ırk gibi etkenlerin neden olduğu farklılıklara da sahiptir. Örnek olarak bir Rönesans akımının bütün etkilerinin görülebildiği bir güney Avrupa şehri aynı yıllarda inşa edilmiş bir Ortadoğu şehriden farklı olabilmektedir. Sadece teknolojik anlamda değil, bireylerin yaşamları algılayışı, hayattan beklentileri bakımından da farklılıklar gösterilebilmektedir.

Bireyin sağlığına etki eden fiziksel çevrenin önemini kavramış bir kent anlayışı ile sadece barınma ihtiyacını giderebilmek için kurulmuş olan yerleşim yerleri içinde benzer şeyler söylenebilir. Ancak, sosyal çevre derken de sadece günlük hayatta yaşanan ve günlük dilde kullanıldığı gibi “eğlence dünyası” anlaşılmamalıdır. Bu, sosyal çevre bütününe sadece küçük bir alanı veya parçasıdır. Sosyal çevreyi oluşturan buna benzer diğer küçük alanlar yaşanan, çalışılan ve bir anlamda yararlanılan alanlar veya alt çevrelerdir.

Bir okulun çevresinde bulunan sosyal çevrenin (kafeler, barlar vb.) kalitesi öğrencinin yaşam kalitesine ne kadar etki ediyorsa aynı şekilde bir yerleşim yeri yakınlarında bulunan sosyal çevre de o kadar etki edecektir. Ancak, burada üzerinde durulması gereken en önemli nokta sosyal çevrenin her zaman bireye olumlu bir şekilde etki etmediğidir. Sağlıksız bir kafeterya ya da bar ortamları öğrencinin sosyal ve psikolojik hatta fiziksel yönden sağlığını kötü etkileyebilir. Yaşlı bir birey için ikamet ettiği bakım evinin sosyal çevresi ona normalde elde edemeyeceği ilgi ve şefkati verebilecek dolayısıyla bundan da sağlığı olumlu yönde etkilenecektir. O halde sosyal çevre içerisinde iyi ve kötü alışkanlıklar ve olumlu / olumsuz her türlü hareket ve davranış biçiminden söz etmek mümkündür. Bundan dolayı bireyin sosyal çevresi ile iyi bir iletişimde olması her zaman için olumlu bir etki değil uygun bir sosyal çevre ile iletişiminin iyi olması olumlu etki gösterecektir.

Sosyal çevrenin sağlığa etkisini algılayabilmek için hastalıkların nedenlerine bakmak gerekebilir. Bazı hastalıklar davranış problemleri ile kendini gösterebilirler. Hastanın çevresini değiştirmesi ile bu davranış probleminin iyileştirilmesi arasında bağlantı olabilir. Gelişmiş ülkelerde ilkokuldan itibaren, sosyal çevre ile ilişkiler ve



sosyal çevrenin hastalıklarla ilişkisi üzerinde durulmaktadır (Güler ve Çobanoğlu, 1994b).

Bireyin doğmadan önce sosyal çevresini seçme şansı yoktur. Ancak sosyal statüsü geliştikçe ya da büyüdükçe sosyal çevresini değiştirme imkânı bulabilmektedir. Gelişmemiş, yani kirli veya iyi olmayan, olumsuz özellikler taşıyan bir sosyal çevrede doğan bireyler, sosyal çevresini değiştirebilme imkânı olsa da ileride sahip olabilecekleri sosyal statü ve gelir nedeniyle sosyal çevrelerini değiştirme imkânını bulamayabilirler. Bireyin sosyal çevresini değiştirebilme imkânı olsa bile sonuçta bunun bir maliyetini ödemesi gerektiğinden, gelir durumu daha iyi olan bireylere göre daha dezavantajlı konumdadırlar. Bu noktada sosyal çevre ve gelir arasındaki ilişki dikkat çekmektedir. Birey elinde olmasa bile sahip olduğu sosyal çevrenin olumsuzluklarına katlanmak zorunda kalacaktır.

Sosyal çevredeki en küçük birimin “aile” olduğu kabul edilir. Aile, kan bağılılığı evlilik ve diğer yollardan aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerin psikolojik, sosyal, ekonomik ve cinsel gereksinmelerinin karşılandığı temel toplumsal bir birimdir (Tümay, 2010). Aile, insanlık tarihi boyunca var olan ve değişimler karşısında sürekliliğini her zaman koruyan toplumun en küçük birimi olması yanında en önemli yapı taşıdır. Aile, kişinin her türlü ihtiyaçlarının karşılandığı, onu toplumun uyumlu bir bireyi haline gelmesini sağlamak da önemli bir etkidir. Ailenin sosyokültürel özellikleri sağlıkla yakından ilişkilidir. Aile fertlerinden birisinin hastalanması birçok yönden olumsuz etki yaratabilir. Hastalanan kişinin gelir sağlayan kişi olması aile gelirinin ve ekonomik durumunun bozulmasına yol açar. Bu durumda genç bireylerin bu ailenin ferdi olmaları neticesinde erken yaşamlarında sağlıklı koşullarla yüzleşmek zorunda kalacaklardır. Aile içerisinde yakın temas ortamı da hastalıkların bireyden bireye geçebilmesine yol açabilir. Aile bazı durumlarda ruhsal hastalıkların kaynağını teşkil edebilmektedir. Ailedeki sevgi ve güven ortamının bozulması ve fertler arasında var olan iletişim bozuklukları ruhsal hastalıklarla yakından ilişkilidir. Toplumsal cinsiyeti nedeniyle aile içindeki bir birey şiddete maruz kalabilir. Gerek cinsel gerekse fiziksel şartlarda meydana gelen bu aile içi şiddet bireyin sağlığına hem fiziksel, hem sosyal hem de psikolojik boyutta zararlar verebilecektir.

Toplum da sosyal hayatta ve sosyal çevrede temel bir birimdir. Bireyler ailelerinden sonra yaşamlarını sürdürmek, temel ihtiyaçlarını gidermek için başkalarıyla işbirliği yaparlar. Aynı kültürü paylaşan bu insanlar bireyin içine girdiği toplumu meydana

getirir. Yaşanan yer, aile ve toplumdaki başka sosyal çevreyi oluşturan unsurlar, dil, din, düşünce, bilgi, görgü, inanç ve insani yargı ve değerlerdir. İnsan hayat ve insani değer ve yargılarını toplum olarak yaşayarak ve onlarla iletişim kurarak öğrenir ve toplumsallaşır. Dolayısıyla insanın içinde yaşadığı toplumdaki etkilenmemesi mümkün değildir. Olumlu veya olumsuz birçok davranışı toplumu oluşturan diğer bireylerinden alır. Bunun için sağlıklı ve düzenli bir çevre oluşturulabilmesi için sadece bireye değil topluma da önemli görevler düşmektedir. Bu görevin yapılabilmesi için gerekli alt yapı da bireylerin yetişmesinde etkili olan anne ve baba ile eğitimciler, diğer bir ifade ile aile ve okuldur. Sosyal çevrenin değişmesi veya değişmemesi, yani iyileşmemesi, aile okul ve iş gibi insanın eğitiminde önemli rol oynayan alanların rolünü oynayıp oynamadığına bağlıdır.

### **1.2.16 Küreselleşme ve Sağlık**

Küreselleşme özellikle tek kutuplu dünya düzeninde en sık tekrarlanan kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Küreselleşme kavramını açıklamaya yönelik olarak birçok tanım bulunmaktadır. Ancak kesin olan tanımların ortak bir noktada buluşmadığıdır. Bunun nedeni olarak tanımın yapılmasında ideoloji ve dünya görüşlerinin ön plana çıkmasıdır.

En genel tanımla küreselleşme, ulusal ekonominin dünya piyasalarıyla bütünleşmesi ve bütün iktisadi göstergelerin ve karar süreçlerinin giderek dünya piyasalarının dinamikleriyle belirlenmesidir (Özkal,2002). Ekonominin ön planda olduğu bu tanımda küreselleşme, ülkelerin karşılıklı olarak bağımlılıkları anlamına gelmemektedir. Ekonomik olsun ya da olmasın, uzakta meydana gelen olaylar bizleri önceki dönemlere göre daha doğrudan ve anında etkiliyor. Öte yandan, bireyler olarak aldığımız kararlar etkileri bakımından da küresel etkiye sahiptir. Örneğin sağlık amacıyla bireylerin uyguladıkları diyetler belki de dünyanın öteki ucunda geçimini gıda üreticisi olarak temin eden insanları etkileyebilir (Zengingönül, 2005). Küreselleşme daha geniş anlamda, endüstriyel genişlemeye ve kitle iletişim araçlarının yaygınlaşmasına paralel olarak siyasal, kültürel ve ekonomik düzeydeki çok yönlü toplumsal ilişkilerin dünya çapında yaygınlaşması olarak tanımlanabilmektedir. Özellikle, kitle iletişim araçlarında meydana gelen teknolojik gelişmelere paralel olarak iletişimin gücü artmıştır. Bu artışta beraberinde dünya ölçeğindeki toplumsal etkileşimin hızını ve yaygınlığını giderek artırmıştır. Bütün bu süreçler, küresel düzeyde yeni toplumsal ve yapısal oluşumları ortaya çıkarmakla sınırlı kalmamakta fakat aynı zamanda evrensellik, ulus-devlet,

siyasal otorite, yerellik, etnik yapılar ve toplumsal kimlik gibi kavramları değişime uğratmaktadır (Kürkçüoğlu, 1998:69).

Küreselleşme ülkelerin ekonomik, siyasal, kültürel teknolojik yollarla etkileşmelerine neden olmaktadır. Bu etkileşim sonucunda toplumlararası farklılıkların azalması ve çatışma doğurabilecek nedenlerin ortadan kalması beklenmektedir. Ancak, küreselleşme tam olarak istenilen bu hedefi gerçekleştirmeden uzak bir kavramdır. Zira küreselleşme kendi içinde hem toplumlar arası bütünleşmeyi ve hem de farklılaşmayı da içeren çok yönlü bir gelişme olarak görülmelidir. Küreselleşme ile dünya toplumları bir taraftan birbirlerine daha çok yakınlaşmakta bunu yanında yeni çatışmaları beraberinde getirmektedir (Kürkçüoğlu, 1998). Sonuç olarak küreselleşme bir yandan toplumları birleştiren bir etki yaratmakta ancak, diğer yandan da farklılıkların kaynağını teşkil edebilmektedir.

Küreselleşme sürecinde karşılıklı etkileşimin kaçınılmaz bir sonucu olarak bazı ülkelerin ekonomi politikalarında değişiklikler meydana gelmiştir. Küresel boyutta da bu politikalara bağlı olarak ülkeler arasındaki ekonomik eşitsizlik gelişmiş ülkeler lehine daha da derinleşmiştir. Bozulan ekonomilerin ülkelere getirdikleri yüklerin ilk yansımaların da kamusal hizmetlerde yaşanmıştır.

Sağlık hizmetleri bir ülkenin kamusal hizmetlerinin en başında gelmektedir. Küreselleşme süreciyle beraber sermayenin rahat hareket etmesi ve devletlerin kamu hizmetlerinde yerini özel sektöre bırakma anlayışı neticesinde sağlığın sosyal bir hak olarak görülmesi yaklaşımından özelleştirmelere ve piyasa güçlerine doğru bir yozlaşma yaşanmıştır (Dedeoğlu, 2010).

Küreselleşmenin hız kazandığı bir dönemde, hastalıklarla mücadele yöntemlerini geliştirmek, sağlığa doğrudan etki eden sosyal nedenlerle (yoksulluk, toplumsal cinsiyet vb.) ve çevresel risklerle başa çıkma konularında uluslararası anlaşmaların yürürlüğe girmesi ve çabaların arttırılması gerekmektedir. Bunlar Durban'daki Uluslararası AIDS Konferansı'ndan, Abuja'daki sıtma Zirvesi' ne, Amsterdam'daki Tübeküloz Sağlık ve Maliye Bakanları toplantısından, Hollanda'daki İklim Zirvesi' ne kadar değişmektedir. Bu zirve ve toplantılarda alınan kararlar sağlığı geliştirme yolunda önemli adımlar içermektedir. Sorunların tespiti ve bunların ortadan kaldırılmasına yönelik olarak atılacak adımlar küreselleşmeye başlamış olan dünyamızda gelişmemiş ülkelere kaynak sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Tübeküloz, AİDS, madde bağımlılığı, yoksulluk, cinsiyet ayrımcılığı öncelikli mücadele alanları olmalıdır.

Küreselleşme ve sağlık arasında bilinen birçok bağlantının ışığında, WFPHA (Dünya Halk Sağlığı Dernekleri Federasyonu - World Federation of Public Health Associations) üye derneklerini aşağıdaki aktiviteleri desteklemeleri için uyarmaktadır (WHPHA, 2001):

- Küresel ekonomik değişimin sonucu olan sağlıktaki ulusal ve uluslar arası eşitsizliklere dikkat çekilmelidir.
- Küreselleşmeyle birlikte gelen yeni sağlık sorunlarına ve etkin müdahalelerde bulunulması konusunda uluslararası toplumun başarısızlığına dikkat çekilmelidir.
- Sürdürülebilir kalkınmayı, ulusal ve küresel halk sağlığının tüm çevreleriyle uğraşan temel bir prensip haline getirilmelidir.
- Küresel sağlık sorunlarına ülkeler arası güçlü bir tepki oluşturabilmek için bölgelerin içinde ve arasında olan diğer halk sağlığı kuruluşlarıyla birlikte çalışılmalıdır.

Küreselleşme ile beraber sağlık ve eğitim gibi kamu hizmetlerinde piyasa tabanlı bir model benimsemek sürecinin çok ciddi tahribatlar olmaktadır. Küreselleşme ile beraber toplumların kırılgan hale gelen sosyal korunma sistemlerinin güçlendirilmesi zorunluluk taşımaktadır. Bu noktada öncelikli ve ayrıcalıklı bir sosyal hizmet olan sağlık alanında yeni bir uluslararası ortaklık kurulması, dünyanın gereksinim duyduğu adalet, eşitlik ve dayanışma kavramlarının yeniden bir temel olarak ele alınmasını sağlayacaktır (Yıldız, 2008).

### **1.2.17 Ölçme, Kanıtlara Dayandırma ve Sağlık**

Performans, geniş bir bakış açısıyla irdelendiğinde, bir birimin mevcut durumunu, mevcut kaynakları ve örgüt düzeni içinde inceleyerek bilgi verirken, aynı zamanda işletmenin mevcut koşullardaki potansiyel gücünden yararlanma düzeyini de gösterir. Bunun yanında performans ölçümleri işletmenin gelecekte amaçlarına nasıl ve ne düzeyde ulaşabileceğinin de göstergesi olacaktır (Tarım, 2004). Performans kavramı özellikle sağlık sektöründe önem kazanmaktadır. En genel ifadeyle performans bir işletmenin belirli bir zaman diliminde elde ettiği başarı olarak tanımlanabilir (Tetik, 2003:222). Diğer bir tanımla performans yapılan bir işin, o iş ile ilgili tanımlanan hedefe yönelik olarak nereye varılabildiğinin nicel ve nitel olarak anlatımıdır.

Performans ölçümlerinden elde edilen bilgiler olmadan geleceğe yönelik kararlar verilmemelidir. Kalitenin yükseltilebilmesi için öncelikle ölçülebilir performans verilerine ihtiyaç duyulacaktır.

Yönetim sürecinin ahenkli çalışabilmesi için belirli periyotlar ile denetim mekanizmasının çalıştırılabilmesi gerekmektedir. Etkili ve amaca uygun bir denetim ise verilerin elde edilmesine ve bunların analiz ile değerlendirilmesine bağlıdır. Klasik bir ifade ile ölçemediğinizi yönetemezsiniz. Bu nedenle ölçümler işletme stratejilerinden sonuç çıkarmalıdır ve kilit süreçler, çıktı ve sonuçlar hakkında bilgi ve veri sağlamalıdır. Performans ölçümü ve gelişimi için gerekli olan veri ve bilgi, bir işletmenin sahip olduğu süreçlerden elde edilmelidir. Veri, analiz, planlama, işletme performansını gözden geçirme, faaliyetleri geliştirme, rakiplerle işletme performansını karşılaştırma veya en iyi uygulamalarla kıyaslama gibi işletme amaçlarını destekler.

Performans değerlendirme, günümüzde modern yönetim anlayışı içerisinde önemli bir yere sahiptir. Bunun nedeni olarak, hastane yönetim sistemlerinin gelişen teknolojiye ayak uydurarak karmaşık bir hal alması ve toplumda gelişen kalite baskısı gösterilebilir. Bu karmaşık yapılar içerisinde yöneticilerin bir performans değerlendirme ve ölçme sistemi kurmaları oldukça zor olmaktadır (Topuksak ve Kublay, 2010)

Hastanelerle ilgili en önemli sorun verimsizliktir. Yatak kullanım oranlarının düşüklüğü bunun en belirgin göstergesidir. Bunun çeşitli nedenleri vardır. Bu sebepleri kısaca şu şekilde sayabiliriz. Hastaneler karmaşık yapıda, dinamik organizasyonlardır. Yönetim ve organizasyonları için gerekli profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemektedirler. Tıbbi cihaz, laboratuvar malzemelerinde miktar ve kalite eksikliği sorunu vardır. Hastanelerde hizmet üretim sürecinin her aşamasında kullanılan tıbbi teknolojik cihazlar günümüzde ulaştıkları nicel ve nitel özellikleri nedeniyle sunulan hizmetin kalitesini doğrudan etkileyebilecek en önemli belirleyici konumundadırlar. Yardımcı sağlık personeli sayısı yeterli değildir (Hayran, 1997).

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları, yalnızca Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. A.B.D. ve İngiltere gibi ülkelerde bile seçim çalışmalarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, bir başka deyişle sağlıkta reform ihtiyaçları üzerinde durulmaktadır. Bu gerçek, sağlık hizmetleri sunumu konusunda bütün dünyanın yeni arayışlar içinde olduğunu göstermektedir. Gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı olarak

farklılıklar gösterse de, genel anlamda sağlık sorunlarını tamamen çözmüş bir ülke tanımlamak oldukça zordur.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık işletmeleri arasında yaşanan rekabet nedeniyle; hasta beklentilerinin karşılanması, hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetin artırılması konularına olan ilgi artmıştır. Günümüzün rekabetçi ortamında kalite ilke ve uygulamalarını benimsemek sadece özel sektör kuruluşları için değil, aynı zamanda kamu kurum ve kuruluşları için de bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim son yıllarda genelde ülkemiz kamu sektöründe, özel de ise kamu sağlık kuruluşlarında da sürekli kalite geliştirme, kalite yönetim sistemleri kurma, müşteri memnuniyetini ölçme ve hizmet kalitesini ölçme ve değerlendirme konularında yoğun çalışmalar yapıldığı ve konu ile ilgili akademik yayınların arttığı görülmektedir (Rahman, Erdem ve Devebakan, 2007).

### **1.2.18 Sosyal Güvence ve Sağlık**

Sosyal güvenlik sistemleri, sosyal devletin temel görevlerinden biri olan bireylere sosyal güvenlik garantisi sağlama fonksiyonuna dayanmakta ve ülkelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar göstermektedir. Ancak bu farklılıklara rağmen ortak özellikleri finansman teknikleridir.

Risk ya da tehlikelere karşı geleneksel koruma mekanizmalarının yetersiz kalması nedeniyle, zorunlu sosyal sigorta tekniğine dayalı ilk sosyal güvenlik sisteminin esasları Almanya'da 1880'li yıllarda Bismarck tarafından ortaya konulmuştur (Güzel, 2005:63). Sistem, ortalama insan ömrünün 45 yaş olduğu, emeklilik yaşının da 65 yaş olarak kabul edildiği bir sosyal ortamda 6-7 aktif sigortalıya bir pasif sigortalı karşılık gelecek şekilde tasarlanmıştır. Bu oran, 1880 sonrası dönemin şartlarına göre sosyal sigorta sisteminin finansmanı için yeterli olmuştur. Ancak değişen ekonomik şartlar ve nüfus içerisinde yaş ortalamalarının değişmesine paralel olarak OECD ülkelerinde 1990'lara kadar korunabilmiştir (DPT, 2007:1). Sosyal güvenliğin tarihsel oluşum sürecinde ikinci önemli aşamayı, A.B.D.'de Başkan Roosevelt tarafından yürürlüğe konulan 1935 tarihli Sosyal Güvenlik Yasası oluşturmaktadır. Üçüncü aşamayı ise, sosyal güvenlik düşüncesinde çağdaş anlamda yenileşmenin öncüsü olarak kabul edilen Beveridge ve 1942 tarihli ünlü raporu temsil etmektedir. Çok kısa olarak sunulan bu tarihsel perspektif, sosyal güvenlik sistemlerinin oluşumunu belirleyen faktörleri ve bu bağlamda devletin işlevlerini de açık biçimde gözler önüne sermektedir. Derinleşen ekonomik kriz ve küreselleşme süreci, beraberinde işsizliği, yoksulluğu ve sosyal

ayrımcılığını getirmiştir. Bu koşullar neticesinde, etkin bir sosyal güvenlik sisteminin varlığı kaçınılmaz hale gelmiştir (Güzel, 2005:63).

Sosyal güvenlik sistemleri temel iki farklı başlık altında toplanmaktadır bunlar primli model ve primsiz modelleridir. Primli modeller sosyal sigortalardan oluşmakta, primsiz modellerin yapı taşı da sosyal hizmetler ve sosyal yardımlar oluşmaktadır.

Sosyal güvenlik kavramı her ne kadar sosyal yardım ve sosyal hizmetleri de içeren geniş bir anlama sahip olsa da, sosyal güvenlik sistemleri ağırlıklı olarak sosyal sigortalar temelinde oluşmuştur. Ancak günümüzde sosyal yardım ve sosyal hizmetlere duyulan gereksinim giderek artmaktadır. Artık sosyal güvenlik ihtiyacının yalnızca sosyal sigortalarla karşılanması olanaklı değildir. Bu saptamaya yol açan başlıca nedenler arasında uzun dönemli işsizlik, yeni yoksulluk ve sosyal dışlanma, yaşlı nüfus oranının artması, aile yapısındaki değişimler ve modernleşmeye bağlı sosyal sorunlar yer almaktadır. Belirtilen sorunlar, niteliği gereği sosyal sigorta tekniği ile karşılanmaya elverişli olmadıklarından, tarihsel süreçte sosyal sigortalardan daha önce keşfedilmiş, ancak giderek terkedilmiş olan sosyal yardım sistemi ve sosyal hizmetler günümüzde tekrar önem kazanmaya başlamıştır.

Sosyal yardımlar, yararlanıcıların herhangi bir biçimde katkı sunmadığı, devletin yoksulluğa karşı geliştirdiği destek mekanizmalarıdır. Sosyal yardımlar primsiz ödemeler ve genel yardımlar olarak sınıflandırılabilir. Yaşlılık, özürlülük aylıkları primsiz ödemeler, ayni ve nakdi olabilen genellikle düzensiz geçici yardımlar ise genel yardımlar içinde yer almaktadır (Şener, 2010:2).

Sosyal hizmetler, insanların sağlık ve iyilik halinin geliştirilmesine, başkalarına bağımlı olmalarının önlenmesine, aile bağlarının güçlendirilmesine, bireylerin, sosyal işlevlerini başarıyla yerine getirmelerine ve refahlarının bir ölçüde de olsa artırılmasına yardımcı olmak amacıyla, sosyal hizmet elemanları ve diğer meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen etkinlik ve programlar bütünüdür. Modern toplumlarda, aile bağları başta olmak üzere geleneksel dayanışma ağlarında yaşanan çözülme, özellikle sosyal dışlanmayla mücadele açısından sosyal hizmetlere duyulan gereksinimi artırmaktadır (DPT, 2007).

Sağlık hizmetleri teknolojik gelişmelere paralel olarak her yıl daha fazla teknik donanım kullanır hale gelmiştir. İleri teknoloji gerektiren bakım ünitelerinde tanı, tedavi ve ameliyat gibi işlemler ise yüksek maliyeti ile toplumun sosyoekonomik seviyesi düşük

kesimleri tarafından doğrudan karşılanması güç hale gelmiştir. Toplumların gelişmişlik seviyeleri ne olursa olsun yoksul bireylerin her zaman var olacağı gerçeği kabul edilirse bu durum bütün dünya ülkeleri için geçerlidir. Söz konusu sağlık harcamalarının yüksek maliyetli olması nedeniyle doğal olarak sosyal güvenlik sistemlerine ek maliyet yükü de getirmektedirler. Sonuç olarak artan maliyetler sağlıkta var olan eşitsizlikleri daha da arttırabilecektir. Sosyal güvence sistemine dâhil olan bireyler sağlık kurumlarında tedavi görmek istediklerinde lüks tedavi ya da karşılanabilir tedavi gibi olgular ile karşı karşıya kalacaktır. Toplumların yüksek gelire sahip olan bireyleri özel sigorta veya kendi imkânları dâhilinde yüksek maliyetli sağlık harcamalarının altından kalkabilecekler ancak, süreç düşük gelire sahip bireylerin aleyhine gelişecektir.

### 1.2.19 Sağlık Sistemi ve Sağlık

Sağlık sistemi; ülke genelinde var olan toplumsal ve kamu sektörü kaynaklarına, halkın katılımı ile bireye sağlıklı, mutlu, üretken ve nitelikli bir yaşam sağlamayı amaçlayan, sağlık sorunlarını en aza indirgeyecek örgütsel, çoğulcu bir sistemin alt bölümüdür (Sabuncu, Babadağ, Taşocak ve Atabek, 1996:24).

Günümüzde sağlık sistemleri, dünya ekonomisindeki en büyük sektörlerden biri haline gelmiştir. Sağlık harcamaları 1997 yılı itibariyle dünya genelinde yaklaşık olarak 2985 milyar dolardır. Bu rakam dünya brüt milli hâsılasının neredeyse %8'ne denk düşmektedir. Hemen hemen bütün dünya ülkeleri sağlık sistemlerinin karşı karşıya olduğu en önemli iki problem, sağlık sistemine ayrılan kaynakların çok adaletsiz bir biçimde dağıtılması ve sağlık problemlerinin dağılımına göre bir tahsis yapılmamasıdır. Düşük ve orta gelirli ülkeler dünya gelirinین yalnızca %18'ini elde etmekte ve küresel sağlık harcamalarının %11'ini gerçekleştirmektedirler. Dünya nüfusunun %84'ü bu ülkelerde yaşamakta ve dünyanın hastalık yükünün %93'ünü taşımaktadırlar. Bu ülkeler, halklarının sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta adil ve ulaşılabilir bir biçimde yeterli finansman sağlamakta ve yetersiz kaynaklar için bir çözüm bulmakta çok büyük zorluklarla karşılaşmaktadırlar (DSÖ, 2000).

Sosyal belirleyiciler sağlık üzerinde doğrudan ya da dolaylı bir etkiye sahiptirler. Toplumların sağlıklı olması gelişmişlik seviyelerine bağlı bir durum olduğuna göre, sosyal belirleyicilere göre toplumun statüsünün iyileştirilmesi de sağlık üzerine olumlu bir etkiye sahip olacaktır. Sağlığın yukarıda sayılan bütün faktörler ışığında sadece fiziksel ya da psikolojik bir olgu olmadığı açıktır. Sürekli olarak çevresi ile etkileşim içerisinde olan bireyin sağlığının yukarıdaki faktörlere bağlı olarak olumlu ya da



olumsuz etkilenmesi beklenen bir sonuçtur. Toplumların sağlık seviyelerinin iyileştirilebilmesi için sosyal belirleyicilere daha fazla odaklanmak gereklidir. Bireylerin sağlığı anayasalar ile yönetimler tarafından garanti altına alındığına göre, politika yapıcılar sosyal belirleyicilere yönelik olarak politikalar geliştirmelidirler. Geliştirilen politikaların sosyal belirleyicileri göz ardı etmesi, sağlık sistemlerinin etkinlik ve verimliliklerine negatif yönde etki edecektir.

Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık sistemi tanımlanarak DSÖ yaklaşımına göre dört temel fonksiyonu açıklanmaya çalışılacaktır. Türkiye’de mevcut sağlık sistemi hakkında bilgiler verilecektir. Sağlık sisteminin tanımının yapılmasından önce sistem yaklaşımı ve sistem yaklaşımına ilişki kavramlara değinilecektir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. SAĞLIK SİSTEMİ TANIMI, SINIRLARI VE GENEL OLARAK TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

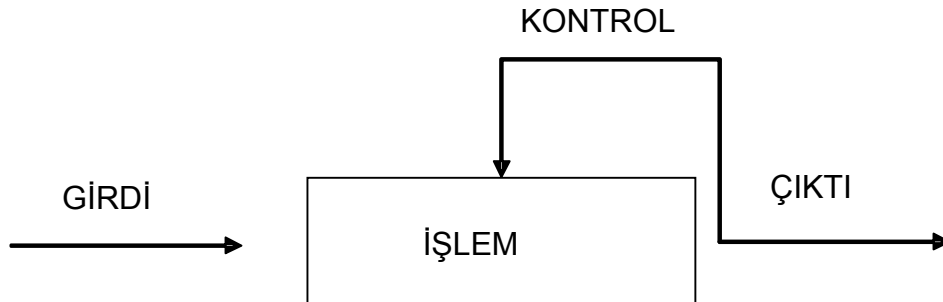
#### 2.1 SİSTEM YAKLAŞIMI VE BAZI TEMEL KAVRAMLAR

Sistem, bir sınır içerisinde birbirleri ile etkileşim içinde bulunan ve ortak bir amaca yönelik olarak bir araya gelmiş ahenkle işleyen parçalar bütünü şeklinde tanımlanabilir (Gökçen, 2005). Sistem yaklaşımının temelleri biyolog Von Bertalanffy'nin başlattığı genel sistem teorisine dayanmaktadır. Genel sistem teorisinin ilk amacı, biyoloji, matematik, fizik, kimya, ekonomi gibi bilim dallarından oluşan ve özellikle büyüme ve gelişme gibi konulara uygulanabilecek ilke, prensip ve teorileri geliştirmektir. Böylece, olayları tek açıdan ve başka olay ve çevre şartlarından kopuk olarak incelemek yerine, her olayı belirli bir çevre içinde başka olaylarla ilişkili incelemenin, olayları anlama, tahmin etme ve kontrol etme açısından daha etkin olduğu ileri sürülmüştür (Koçel, 2005:239).

Sistem, başarılı sonuçlara ulaşmak için belirli bir düzene bağlı yol, usul ve metot anlamında da kullanılmaktadır. Ancak bu tanımın biraz daha açılması gerekmektedir. Daha geniş bir şekilde sistem, mantık çerçevesinde bir bütün oluşturabilen fikir ve prensipler topluluğu, karşılıklı ilişki ve etkileşim içerisinde bulunan parçaların meydana getirdiği bütün veya belirli kurallara göre ahenk ile işleyen bir mekanizma biçiminde tanımlanabilir (Dinçer ve Fidan, 1999). Sistem alt sistem ve üst sistem adı verilen parça veya belirli bütünlerden oluşan, bu parçalar arasında belirli ilişkiler olan, bu parçaların aynı zamanda dış çevre ile ilişkisi olduğu bir bütün şeklinde de tanımlamak mümkündür (Koçel, 2005). Sistem belirli kanunlara göre ve bir amaca dönük olarak çalışır. Bu nedenle birlik ve bütünlük özelliği göstermesi şarttır. Birbirini etkileyen öğeler topluluğu olan sistemin bütünü oluşturulan parçaların her hangi birinde meydana gelecek bir değişim diğer parçaları da etkilediğinden sistem karmaşıktır (Bursalıoğlu, 1974).

Sistemi bir örnek ile açıklamak gerekirse, Tıp Bilimi içerisinde insan bir sistemdir. İnsan, her birisi belirli görevlere sahip olan dokular, iskelet, hareket sistemi, dolaşım sistemi, solunum sistemi, sindirim sistemi, boşaltım sistemi ve üreme sistemi gibi alt

sistemlerden oluşmaktadır. Belirli görevleri olan bu sistemler ahenkli bir şekilde etkileşim halinde çalışmak suretiyle insanı oluştururlar. Sistemde bir girdi, işlevin yerine getirildiği etkinlikler ve çıktı vardır. Çıktı etkinlikleri geri beslemek suretiyle verimli ve işlevini tam yerine getirmesine çalışmaktadır. Şekil 2.1’de sistemin temel unsurları gösterilmektedir. (Şahinkesen, 1990:647).



Şekil 2.1 Sistemin Temel Unsurları

**Kaynak: Şahinkesen, A., (1990), Sistem Yaklaşımı, Analiz ve Program Hazırlama, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, c.23, s2, ss.647**

Girdi, sistemin sahip olduğu özellikler gereği etkinlikleri yerine getirilebilmesi için gereken bütün öğeleri içerir. Etkinlikler, sistemin girdilerinin amaçlar doğrultusunda işlendiği, biçimlendiği, işlevsel hale dönüştürüldüğü süreçtir. Çıktı, girdilerin etkinlikler bölümünde, amaçlar doğrultusunda biçimlenip şekillendirilmesi sonucu ortaya çıkan üründür. Kontrol, amacın gerçekleşmesi derecesine bakılarak sistemin işleyip işlemediğini ve işlemeyen yönlerin saptanması ve bunların düzeltilmesi amacıyla yapılan etkinliklerdir.

Sistemin tanımında geçen çevre, sınırlar, alt sistem, kapalı sistem, açık sistem gibi kavramlar sistem yaklaşımının daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. Literatürde başka kavramlarda yukarıda sıralanmış olan temel kavramların yanında anılmaktadır. Sadece birkaç kavramın ele alınmasının sebebi sağlık sistemini ve onu oluşturan unsurları açıklamakta yeterli görüleceğidir.

Sistem için yapılmış olan tanımlardan da anlaşılacağı üzere, sistem çeşitli parçalardan oluşmaktadır. Bir araya gelerek anlamlı bir bütünü oluşturan yani sistemi oluşturan elemanlara alt sistem adı verilmektedir. Örnek olarak sağlık bakım organizasyonu olarak hastaneler bir sistemi ifade ediyorsa, hastalara tanı konulması, tedavi edilmesi gibi yapılan bütün faaliyet birer alt sistem olarak tanımlanmaktadır.

Aynı şekilde sağlık sektörünün tamamı bir sistemi ifade ediyorsa sağlığın korunması hizmetlerinden tedavi hizmetlerine kadar her bir faaliyet alanı birer alt sistem olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009).

Her sistem belli bir çevrede faaliyet göstermektedir. Sistemin sınırları dışında kalan her şey çevreyi oluşturur. Eğer sistem ile faaliyette bulunduğu çevre arasında maddi, enerji ya da bilgi olarak bir alışveriş varsa bu tür sistemler açık sistemler olarak isimlendirirler. Tam aksi olarak sistem ile çevresi arasında bu tür bir alışveriş yoksa kapalı sistem olarak isimlendirilir (Taslak ve Kara, 2009:79).

Kapalı sistem ve açık sistem olarak ayırım yapılırken bahsi geçen çevre genel anlamıyla kişi ya da toplulukları çeşitli düzeylerde etkileyen fiziksel ve toplumsal koşulların tümüdür (Karalar, 2005:41). Çevresel koşullarını kontrol edemeyen bir sistem değişimlere göre kendisini yeniden şekillendirmesi ve yönlendirmesi gerekmektedir. Açık sistemler bu nedenle çevresi uyum sağlayarak amaçlarına ulaşmak zorundadırlar.

Çevre ve sistem ilişkisinde, her ikisine ait olan faktörlerin ayırt edilmesine sistemin sınırları yardımcı olmaktadır. Kapalı sistemlerde bu sınırlar katı bir halde sistemin iç faktörlerinin dış faktörlerden etkilenmesine imkân vermemektedir. Fiziksel ve biyolojik sistemlerde sınırları çizmek sosyal sistemlere göre nispeten daha kolay olmaktadır. Sosyal sistemlerde sınır, araştırmanın amacına göre belirli değişkenleri içine alacak şekilde kuramsal olarak çizilebilir (Koçel, 2005).

## **2.2 SAĞLIK SİSTEMİNİN TANIMI VE AMAÇLARI**

Sağlık sistemi sosyal bir sistemdir. Sosyal sistemler, çevreleriyle olan sınırın çizilmesinin zorlukları nedeniyle karmaşık yapıdadırlar. Sağlık sistemi de, sosyal sistemler içerisinde en karmaşık sistem özelliğini taşımaktadır. Sağlık sistemi genel olarak incelendiğinde, birbirlerinden çok farklı amaçları olan kurum ve bireylerin karmaşık ilişkileri görülmektedir. Sağlık sistemlerinin incelenbilmesi için öncelikli olarak alt sistemlerin ve bu alt sistemlerin karşılıklı ilişkileri analiz edilmelidir. Daha sonra girdiler, etkinlikler ve çıktılar sırasıyla ortaya konmalıdır (Kavuncubaşı, 2000).

Sistem olarak düşünülen sağlık sisteminin de basit bir sistemde bulunan girdi, çıktı, etkinlikler dönütler bulunmalıdır. Sağlık sisteminde girdiler, finans ve enformasyon, beşeri unsurlar, teçhizat vb. kaynaklar gösterilebilir. Ancak her zaman girdiler kaynak

değil bazı durumlarda politika yapıcıların ya da düşüncelerin kendileri de düşünülebilir. Ülkelerin ulusal yönetimlerinin yapacakları baskı ve etkilerin yanında, sivil toplum kuruluşları ve meslek odaları da etkileri kapsamında sisteme girdi olabilirler (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009). Sağlık sisteminin çıktıları bireylerin sağlığına pozitif etki sağlamaya yönelik olmalıdır.

Bir sistemin tanımının yapılabilmesi için öncelikle sınırlarının belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık sisteminin sınırlarının belirlenmesi ise, toplumun pek çok kesimini birden etkilediği için çok zordur. Bir bireyin sağlık sistemine dâhil olması kendisini sağlıklı veya hasta olarak algılamasıyla ilişkilidir. Sağlık sistemi içerisinde bulunan bir bireyin sağlığı sosyal belirleyicilerden etkilenmektedir. Bu etki olumsuz yönde olursa birey kendisini hasta olarak algılayacak ve sistem içerisinde bu sorununa çözüm bulma arayışı içerisinde bulunacaktır. Ancak tedavi edici, koruyucu ve rehabilitasyon hizmetlerini almak isteyen birey bu hizmetlere ulaşmak isterse sisteme dahil olacaktır. Birey sisteme dâhil olduktan sonra bu hizmetlere ulaşmada sorun yaşamamalıdır.

Her bir sistem varlık sebebi olan tanımlanmış bir amaca sahiptir. Sağlık sisteminin amacı insan sağlığını geliştirmek olan faaliyetler şeklinde yapılan bir tanımlama, sağlık sistemini bütünüyle anlatmakta yetersiz kalacaktır. Sağlık sisteminin amaçlarının belirlenebilmesi için öncelikle, sistemde bulunan hasta olduklarını düşünen bireylerin ne tür sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları hakkında bilgi toplanmalı ve analizler yapılmalıdır. Toplanan bilgiler ışığında yapılan analizlerin sonuçlarına göre alınacak kararlar, sağlık sisteminin beklenmedik ihtiyaçlarını da karşılamalıdır. Proaktif değil, reaktif bir yönetim anlayışı sergilenmesi gerekmektedir. O halde sağlık sistemi, bir toplumun sağlık durumunu ileriye taşımaya yönlendirilmiş beşeri-maddi kaynaklar ve bu amacı gerçekleştirmek için yerine getirilen hizmetlerin bütünü şeklinde tanımlanabilir.

Bir başka şekilde sağlık sistemi; ülke genelinde var olan toplumsal ve kamu sektörü kaynaklarına, halkın katılımı ile bireye sağlıklı, mutlu, üretken ve nitelikli bir yaşam sağlamayı amaçlayan, sağlık sorunlarını en aza indirgeyecek örgütsel, çoğulcu bir sistemin alt bölümüdür (Sabuncu, Babadağ, Taşocak ve Atabek, 1994:24).

Sağlık sisteminin literatürde değişik tanımları bulunmakla birlikte, en geçerli tanım olarak DSÖ'nün tanımlaması gösterilebilir. DSÖ'nün hazırladığı 2000 yılındaki Dünya Sağlık Raporuna göre sağlık sistemi, toplumların sağlık durumlarını korumak ve

geliştirmek için faaliyet gösteren bütün organizasyon ve kaynakların toplamıdır. Sağlık sistemi bir toplumu merkezi, bütün bölgeleri, mahalleleri, toplulukları ve hane haklarını bütün yönleri ile içerisine dâhil eden karmaşık bir sistemdir (The Child Survival Program, 2005:5).

Sağlık sisteminin amaçlarını üç başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar sağlık, beklentilerin karşılanması ve adil finansman şeklinde adlandırılmaktadır. Bu üç amacın gerçekleşip gerçekleşmediği sistemin başarısı için kontrol edilmeli ve elde edilen dönütler neticesinde sağlık sisteminin geliştirilebilmesi mümkündür. Aynı zamanda, sağlık sisteminin amaçları eğitim, ekonomi, siyaset ve diğer sistemlerin amaçları üzerine de etkilidir. Bu etkileşim Şekil 2.2’de gösterilmektedir (DSÖ, 2000; Murray ve Frenk, 1999). Sağlık sisteminin ana amacı sağlığı geliştirmektir. Sağlığı geliştirme amacı iki ortak (sosyal) amaç olan beklentilerin karşılanması ve adil finansman ile ilişkilendirilmiştir.

Sistemler \ Amaçlar	Sağlık	Eğitim	Ekonomi	Siyaset	Diğer
Sağlık	■	■	■	■	■
Beklentilerin Karşılanması	■	■	■	■	■
Adil Finansman	■	■	■	■	■

■ Ana Amaçlar    ■ Ortak amaçlar    ■ Amaçların Etkileri

Şekil 2.2 Sağlık Sisteminin Amaçları ve Diğer Sistemler İle Etkileşimi

Kaynak: Murray C.J.L. ve Frenk J., (2000), A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bulletin of the World Health Organization, c.78, s.6, ss.719.

Amaçlardan ilki olan sağlığın geliştirilmesi ile toplumun ve bireylerin yaşam boyu sağlığın korunması ve sağlığı tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması ifade edilmektedir. Toplumun sağlık kalitesi bireylerin sağlığına doğrudan etki ederek, ortalama yaşam beklentisini, bebek ölüm oranını ve ölüme neden olmayan sağlık sorunlarına da etki edecektir. Beklentilerin karşılanması ise, itibara saygı, bireysel özerkliğe saygı, gizliliğe saygı gibi müşteri odaklılığı işaret etmektedir. Müşteri odaklılık ise, sağlık ihtiyaçlarının karşılanması sürecinde bireyin algılanan kalitesini yüksek tutmaya yönelik faaliyetleri kapsamaktadır. Birey, sağlık hizmetinin sunumu sırasında aile ve arkadaş ve çevresinden alacağı sosyal yardımlaşmadan mahrum

kalmamalı, hizmet sunucularını tercih etme hakkına sahip olmalı, uygun yatak, oda ve yemeklere ulaşabilmelidir (DSÖ, 2000). Adil finansman ise, sağlık içerisinde sigorta ve sağlık hizmetleri kapsamında toplumun yoksul kesimleri statü olarak daha yüksek kesimlere göre daha az ödeme yapması gerektiğini belirtmektedir. Bireylerin gelirlerine göre sağlık ödemesinin amaçlandığı bir sağlık sistemi nispeten gelir kaynaklı eşitsizliklerin sağlıkta önüne geçebilecektir (Murray ve Frenk, 2000). Sağlık sisteminin yukarıda anlatılan amaçlarının yanında yardımcı amaçları da bulunmaktadır. Bunlar bakıma ulaşma, toplum katılımı, sürdürülebilirlik ve yenilik olarak verilebilir (Yalçın ve Yıldırım, 2004).

İyi bir sağlık sistemi somut olarak toplumda yaşayan bireylerin yaşam kalitesini olumlu etkilemelidir. Örnek olarak, oğlunun bağışıklık sistemini tehdit eden hastalıklara karşı anneyi aşı tarihleri konusunda uyarırken, taşrada yaşayan bireylerin temiz su kullanımlarını da güvence altına alabilmelidir. Bir bireyin yine mevcut salgın hatalıklar hakkında bilgilendirilmesi de yine sağlık sisteminin görevleri arasındadır. Bütün bu bahsi geçen görevleri yerine getirebilme kapasitesi bir sağlık sisteminin gücü hakkında fikir verebilecektir. Günümüzde sadece hastaları tedavi eden bir sağlık sistemi anlayışından daha çok koruyucu ve önleyen bir sistem anlayışı mevcuttur. Bu yeni sistem anlayışının amacı artan tedavi maliyetlerini düşürmek ve kişiyi daha hastalığa yakalanmadan bilgilendirebilmektir. Örneğin yürütülen ulusal aşı kampanyaları, sigara karşıtı kampanyalar ve sağlıklı beslenme kampanyaları bu yaklaşıma birer örnek teşkil edebilir.

### **2.3 SAĞLIK SİSTEMİNİN SINIRLARI**

Günümüz dünyasında bir sağlık sisteminin ne olduğunu, nelerden oluştuğunu ve nerede başlayıp nerede bittiğini tam olarak söylemek zordur. Ancak, sağlık sisteminin performansının ölçülebilmesi için sınırlarının belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık sistemi belirlenen amaçlar doğrultusunda toplumların ve bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek üzere hizmet vermektedir. Sistem, topluma sağlık hizmetlerinin sunumunda maddi ve beşeri kaynakları, amacı sağlığı geliştirmek olan örgütleri, finansmanı ve yönetim bilgisini bir araya getirmektedir. Kısaca temel amacı sağlığı geliştirmek, korumak olan bütün faaliyetleri ve hizmetleri içermektedir. Ancak temel amacı sağlık olmayan tüm faaliyetler bu sınırdan dışarıda tutulmuştur (Tatar, 2007). Örnek olarak genel eğitim toplumun sağlığını iyileştirici bir etkiye sahiptir. Toplumların eğitim seviyeleri ile sağlık düzeyleri arasında kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır. Genel eğitim toplumların

sağlığını iyileştirici etki yapmasına rağmen sağlık sistemi dışında tutulmalıdır. Çünkü birincil amacı sağlığı geliştirmek değildir. Ancak sağlık üzerine verilen bir eğitim sağlık sistemi içerisine dâhil edilebilir (Yalçın ve Yıldıırım, 2004). DSÖ 2000 Raporu sağlık sistemini, temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek biçimde tanımlamıştır (DSÖ, 2000).

DSÖ'nün 2000 yılında yayınladığı raporda sağlık sisteminin sınırları tartışılmış ve bir takım tanımlara yer verilmiştir. En dar tanım, sağlık sisteminin sınırlarını, sağlık bakanlığının doğrudan kontrolü altındaki faaliyetleri içerecek şekilde çizmektedir. Ancak sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan tütün ve alkol kullanımı azaltmayı amaçlayan vergiler, kampanyalar ve özellikle sivil toplum kuruluşlarının aşı ve eğitim kampanyaları bu tanıma yapılan sınırın dışında kalmaktadır. İkinci tanımın kapsamı kişisel tıbbi hizmetler ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içerecek şekilde biraz daha genişletilmiştir. Ancak tanım, çevre sağlık korumaları, kent sağlığı, halk sağlığı gibi genel konuları içerirken, temiz su ve halksağlığı programları gibi sektörler arası aktiviteleri içermemektedir. Üçüncü tanım daha da kapsamlıdır ve temel amacı sağlığı iyileştirmek olan her faaliyet sağlık sisteminin bir parçası olarak düşünülmektedir. Bu tanım tıbbi ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içerdiği gibi, trafik kazalarından kaynaklanan ölümleri düşürmeye yönelik düzenlemeler gibi sektörler arası aktiviteleri de içermektedir. Son tanım, sağlığı iyileştirmeye katkı veren tüm aktiviteleri kapsamaktadır. İnsan faaliyetlerinin neredeyse tüm alanları -eğitim, endüstriyel gelişme, çevre gibi- sağlığı etkiler. Bu tanımda eğitim ve sağlık sistemleri ya da sağlık ve tarım sistemleri arasında işlevsel bir ayrım yoktur (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005).

Yukarıda sınırları çizilmeye çalışılan sağlık sisteminin görevleri nelerdir? Zengin ya da fakir ülkelerde olsun, bugün sağlık ihtiyaçları 100 hatta 50 yıl önceden bile çok farklılık göstermektedir. İnsanlar hasta olarak, yılda yalnızca bir ya da iki kez sağlık sistemiyle ilişkiye girmektedirler. Bu ilişkilerin çoğunluğu ise reçeteye verilen ilaçların tüketicileri olarak ve sağlıkla ilgili bilgi ve tavsiyelerin alıcıları olarak gerçekleşmektedir (DSÖ, 2000).

Özet olarak sağlık sistemleri, yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda da onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları saygınlıkla tedavi etmek sorumluluklarına da sahiptirler (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005).

Bu doktora tez çalışmasında sağlık sisteminin tanımı DSÖ tanımları çerçevesinde ele alınmaktadır. Kavramsal olarak sağlık sistemine değişik yaklaşımlar bulunmaktadır.



Ancak, sağlık sistemi sosyal bir sistem olduğundan ele alınacak olan faktörler ya da amaçlar neticesinde sistemin sınırlandırılması gerekmektedir. Bu sınır DSÖ tanımları dâhilinde yapılmaktadır.

## 2.4 SAĞLIK SİSTEMİNİN UNSURLARI

DSÖ'nün 2000 yılında hazırladığı raporda bir sağlık sisteminin dört ana unsuru olduğunu belirtmiştir. Bunlar yönetim (hükümetler), finansman, kaynak yaratmak ve hizmet sunumunundur (DSÖ, 2000:25).

Bir sağlık sistemi içerisinde faaliyet gösteren organizasyon sayısı ne kadar çok olursa olsun en son aşamada sorumluluk daima politika yapıcılarda bir başka deyişle ülke yönetimlerindedir. Bir ülkedeki yaşam kalitesini yükseltebilmek için politika geliştirme ve uygulama gücünü elinde bulunduran hükümetler, bu güç ile bütün bir sistemin girdilerinden ve çıktılarında da sorumludurlar. Bir başka deyişle etkinliğinden sorumludurlar. Genel olarak yönetimlerin bir sağlık sistemi içerisindeki sorumluluk alanlarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (The Child Survival Program, 2005:5-6).

- Yönetimler, sağlık sisteminin sürekli gelişiminden, denetiminden, politika geliştirilmesinden ve düzenlemelerini yapmak.
- Toplum içerisindeki bilgi seviyesini arttırmak
- Toplumda yer alan bireyleri, kurumları sağlık politikalarının etkinliğini arttıracak şekilde harekete geçirmek.
- Sağlık sistemi içerisinde yer alan sivil toplum örgütlerini, özel sağlık kurumlarını ve klinikleri etkinliği arttıracak düzeyde yönetme kabiliyetine sahip olmak.
- Sağlık sisteminin finansmanını sürdürebilmek için yeteri kaynağı toplamak, bir araya getirmek ve dağıtmak.

Hükümetlerin sorumluluğu bir ülkenin sağlık sisteminin güçlü olmasında tek etken değildir. Geliştirilen politikalar ne kadar iyi olursa olsun, bunların uygulanmasında doğrudan etkili olan bölgesel yönetimler (valilik, belediyeler ve kaymakamlıklar vb.) ve özel sağlık kurumları da yaşamsal öneme sahiptirler (www.who.int, 2010).

Sağlık sisteminin ikinci unsuru ise kaynak yaratmaktır. Kaynakları en genel anlamıyla maddi ve beşeri olmak üzere iki temel başlık altında gruplandırabiliriz. Maddi

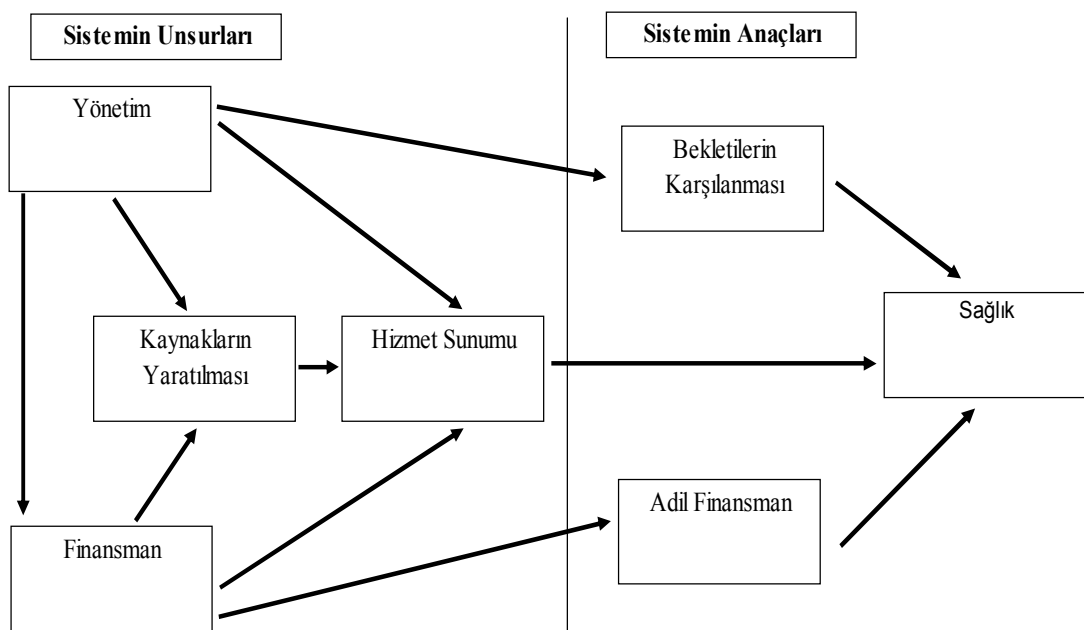
kaynaklar sağlık bakım organizasyonları için gerekli olan tıbbi malzemeleri belirtmektedir. Günümüzde, tıbbi malzemelerin geliştirilmesi ve üretilmesi ileri teknoloji gerektirmekte ve önemli bir pazar oluşturmaktadır. İnsan yaşamının kalitesini artıran yenilikçi ilaçları üreten araştırmacı ilaç firmaları, toplumun hizmetine sundukları bir orijinal ilacı geliştirmek için ortalama 1,3 milyar dolar ve 10 – 15 yıl zaman harcamaktadır. Bu firmalar her yıl düzenli olarak cirolarının yaklaşık %17'sini Ar - Ge yatırımlarına ayırmaktadırlar (Güner, 2010). Ayrıca sağlık sistemi bilgi, iletişim, genel rehberlik ve yönetimi de girdi olarak kullanmaktadır. Beşeri kaynaklar ise, sağlık hizmetini vermek için gerekli olan uzman, hemşire gibi insan unsurunu belirtir. Aynı zamanda sağlık sistemleri sadece beşeri kaynakları sağlamak ile yetinmeyip gelişimin bir aracı olan eğitim ve yatırım faaliyetlerini de gerçekleştirmelidir. Politika yapıcılar, sağlık sisteminin işlemediği için gerekli kaynakları yaratmak için çeşitli stratejileri izlemeli ve aradaki denge bozulduğunda treni tekrar amaca doğru giden raylara oturtmalıdır. Bunun için devamlı olarak ölçümler yardımıyla izlemeler gerçekleştirilmelidir (Tatar, 2007)

Sağlık sisteminin üçüncü unsuru finansmandır. Sağlık hizmetlerinin sunumu için harcamaların yapılması, söz konusu harcamaların finanse edilmesi için de yeterli ve sürekli olan kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır. Kaynakların temini, uygulanmakta olan sağlık sistemiyle doğrudan ilişkilidir. Sağlık sistemlerinin finansmanı, sosyal güvenlik sistemlerinin bir parçası olarak ele alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki temel yöntem kullanılmaktadır (Aktan ve Işık, 2010a). Doğrudan finansman yöntemi, hizmetin bedelini doğrudan bireyin ödemesi anlamına gelmektedir. Dolaylı finansman yönteminde ise; hizmeti arz eden ile talep eden arasında üçüncü bir unsur olan ödeme kurumları yer almaktadır (Yıldırım, 1994). Bu kurumlara örnek olarak, kamuya ait olan sosyal güvenlik kurumları (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) ve özel sigorta şirketleri verilebilir. Bu yöntemde, sistemde olan bireylerin risk paylaşımı söz konusudur.

Sağlık sisteminin dördüncü unsuru ise hizmet sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanması öncelikle sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin arttırılması ve bu bağlamda devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna bağlı olarak toplumların sağlıklı olabilmeleri ve bunun sürekliliğinin sağlanabilmesi için

sağlık hizmetlerinin üretilmesi büyük önem taşımaktadır (Altay, 2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaygın olarak kullanılan iki yöntem bulunmaktadır. Bunlar, hizmetin devlet tarafından sunumu ve özel sektör tarafından sunumudur. Sağlık hizmetinin özel sektör tarafından sunulması yönteminde hastanelerin amaçları arasına kâr elde etmekte dâhil olmaktadır. Hizmetin finansmanı devlet kurumları ya da özel sigorta şirketleri tarafından sağlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sağlanması yönteminde, özel bir firma ile sözleşme yapmak ya da merkezi bir yönetim ile hizmetleri yönetmek yoluna gidilebilmektedir. Bu sistemin finansmanı da doğrudan devlet gelirleri ile karşılanabilmekte veya aracı kurumlar kullanılabilir (Aktan ve Işık, 2010b).

Sağlık sistemini oluşturan unsurlar ile sistemin amaçları arasında çok yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Amaçları gerçekleştirmeye yönelik olarak yönetimler kaynakları sağlamalı, hizmet sunumunu organize etmeli ve hem kaynaklar için hem de hizmet sunumu için yeterli finansmanı sağlamalıdır. Finansman unsuru, sağlık sistemi içerisinde yer alan bireylerin adaletini de sağlamalıdır. Dört unsurunda ana amacı toplumların sağlığını iyileştirmektir. Aynı zamanda yönetim ve finansman unsurları bütün sistemlerin ortak (sosyal) amacı olan beklentilerin karşılanması ve adil finansman amaçlarının gerçekleşmesine yardımcı olurlar. Ortak amaçlar ile beraber sistemin dört ana unsur, toplumların sağlıklarının korunmasına ve iyileştirilmesine yardımcı olacaktır. Sağlık sisteminin unsurları ve amaçları arasındaki ilişki Şekil 2.3’de verilmektedir.



Şekil 2.3 Sağlık Sisteminin Unsurları ve Sistemin Araçları Arasındaki İlişki

**Kaynak: DSÖ, (2000) The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva, Switzerland, s. 25.**

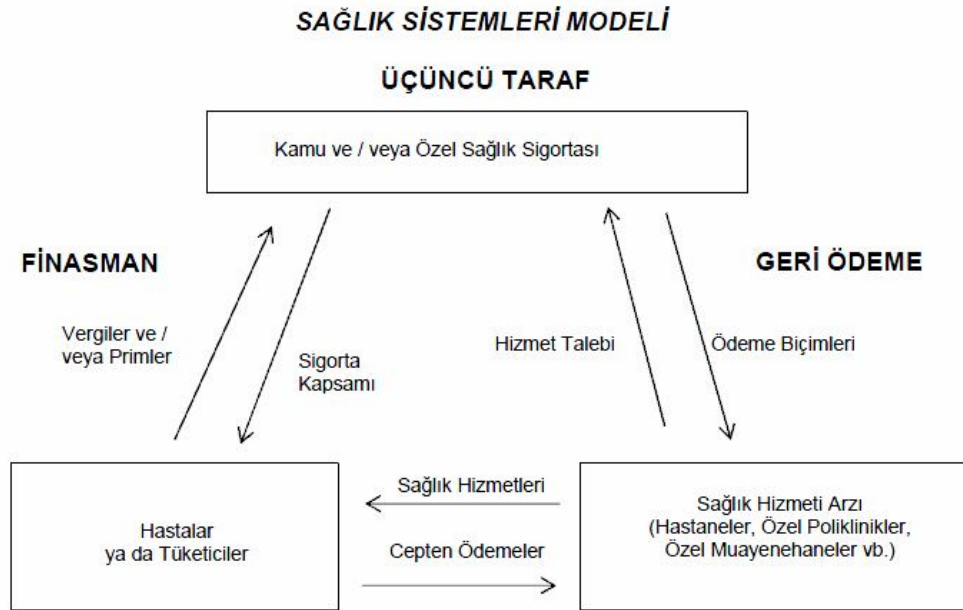
## 2.5 SAĞLIK HİZMETİ TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, sağlık, ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir. Kişi ve toplumun sağlığı, fiziksel, sosyal ve psikolojik olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının (sosyal belirleyiciler) insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında gerekli değişikliklerin yapılması ve son olarak gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir. Sağlık sadece tıbbi bir olgu değildir, ağırlıklı olarak sosyal bir olgudur (Yıldırım, 1994:10).

Geleneksel olarak sağlık hizmetleri hemen her ülkede “kamusal hizmet” olarak ele alınmış ve devlet tarafından sunulması gereken bir hizmet olarak değerlendirilmiştir. Ancak, içinde yaşadığımız değişim çağında birçok alanda olduğu gibi devletin sağlık hizmetleri alanındaki rolü ve fonksiyonlarında çok önemli değişiklikler yaşanmaktadır.

Sağlık hizmeti çok sayıda bileşenden oluşan ve farklı organizasyonlarda gerçekleştirilebilen bir hizmet çeşididir. Sağlık hizmeti; insan yaşamını doğrudan ilgilendirir. Sağlık hizmeti acildir, ertelenemez ve belirsizliklere duyarlıdır. Sıfır hata ile çalışılması gerekir. Çok boyutlu karmaşık ve sürekli. En genel tanım ile sağlık hizmeti, bireylerin sağlığını etkileyen, tedavi eden, koruyucu ve rehabilite eden her türlü faaliyettir.

Diğer mal ve hizmet piyasalarına bakıldığında, hizmet talep edenler ile hizmeti üretenler ve satanlar arasındaki ilişki daha basittir. Böyle bir piyasada alıcılar ve satıcılar aracı kurumlara gerek kalmadan çoğu zaman alışverişi gerçekleştirilebilir. Ancak, sağlık hizmetleri üretimi ve tüketiminin yer aldığı bir piyasada sağlık hizmetlerinin sahip olduğu talep belirsizliği, teşhis, tedavi sırasında ortaya çıkan belirsizler ve kalite sorunu gibi özellikler nedeniyle, üretici ve tüketiciler yeterli olamamakta ve üçüncü taraflara ihtiyaç duyulmaktadır. Böylelikle üçüncü tarafın olması sağlık hizmeti üreten sağlık sisteminin biraz daha karmaşık bir yapıda olmasına neden olmaktadır. Şekil 2.4’ de üçüncü tarafın temsil edildiği bir sağlık sistemi modeli verilmektedir.



**Şekil 2.4 Sağlık Sistem Modeli**

**Kaynak: Sağlık Sistemleri Genel Özellikleri, (03.04.2010),yunus.hacettepe.edu.tr/~caliskan/SH.pdf**

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında özel ya da kamu olsun sağlık sigorta kurumlarının sürece dâhil olması büyük önem taşımaktadır. Sigorta kurumları bireylerin ileride düşebilecekleri hastalık risklerini üstlenirler ve harcama ile ilgili finansman risklerini de yönetme sorumluluğu üstlenmektedirler. Bunun yanında, sağlık sigorta kurumları sağlık hizmetlerinde karşılaşılabilecek olan finansal risklerin karşılanabilmesiyle ilgili olarak aktüeryal tablolar da düzenleyebilmektedirler. Bireylerin, özel ya da kamu olsun herhangi bir sağlık sigortası kapsamında bulunması risklerin en aza indirilmesi bakımından zorunluluk olarak görülmelidir.

Bir ülkenin kalkınmasında ve refah düzeyinin yükseltilmesinde sağlık hizmetleri çok boyutlu ve karmaşık bir hizmetler zinciridir. Kamu harcamaları içerisinde cari ve yatırım harcamaları özelliği taşıyan bu hizmetler özel öneme sahiptir. Geniş bir faaliyet yelpazesini kapsayan sağlık hizmetleri çok sektörlü ve çeşitli kamu kuruluşu ve özel işletmeler tarafından üstlenilerek yerine getirilir. Sağlıklı bir toplum bireylerin hastalık halinin giderilmesi ve hastalanma olasılıklarının azaltılmasıyla kazanılabilir.

Sağlık hizmetlerinin maliyetleri giderek artmaktadır. Buna karşılık gelir dağılımında meydana gelen değişimler bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden adalet ve etkinlik ölçütlerinde faydalanmasını güçleştirebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finanse

edilmesinde yaşanan sorunlar hizmetin sunumunu etkilemektedir. Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlanması, kaliteli yaşam süresinin uzatılması kaçınılmazdır (Çıraklı ve Sayım, 2009).

## 2.6 SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Bir ülkenin kalkınmasında ve refah düzeyinin yükseltilmesinde sağlık hizmetleri çok boyutlu ve karmaşık bir hizmetler zinciridir. Kamu harcamaları içerisinde cari ve yatırım harcamaları özelliği taşıyan bu hizmetler özel öneme sahiptir. Geniş bir faaliyet yelpazesini kapsayan sağlık hizmetleri çok sektörlü ve çeşitli kamu kuruluşu ve özel işletmeler tarafından üstlenilerek yerine getirilir. Sağlıklı bir toplum bireylerin hastalık halinin giderilmesi ve hastalanma olasılıklarının azaltılmasıyla kazanılabilir. Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır (Yıldırım, 1994).

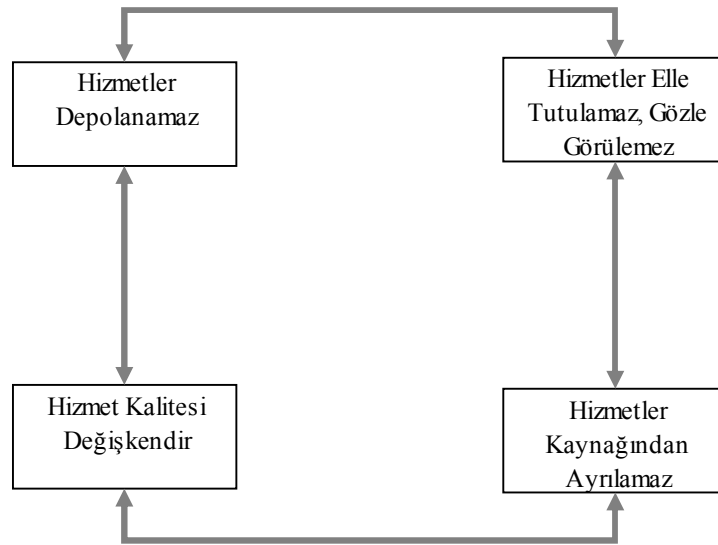
1. **Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Hastalık ya da sakatlık durumu oluşmadan bu risklere karşı verilen mücadele şeklindedir. Koruyucu sağlık hizmetleri hem toplumların hem de kişilerin sağlığını korumak için ayrı ve bağımsız olarak yürütülebilirler (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009). Aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, çevresel risk unsurlarının denetimi, verem, sıtma gibi hastalıklarla mücadelede erken teşhis gibi faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleridir.
2. **Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri sağlık durumu bozulan kişilerin eski düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlerdir. Tedavi hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak sadece kişiye yönelik olarak verilirler (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009). Tedavi hizmetleri, ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı sistemdir.
3. **Rehabilitasyon Hizmetleri:** Anayasal bir hak olarak yaşama hakkı bir anlamda sağlık hakkını korumak ve gözetmek görevi öncelikli olarak devlettir. Bireyin eğitim hakkı olduğu gibi, sağlık sisteminden eşit yararlanma hakkı da bulunmaktadır. Bu kapsamda, sağlık hizmeti sadece

koruyucu ve tedavi edici biçiminde verilirken, kalıcı sağlık sorunlarıyla mücadele eden bireylere de verilmelidir.. Sakat ve işgücünü kaybedenlere işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi ve sosyal olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009). Tıbbi sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığının fiziksel boyutu ile ilgilenirken, sosyal sağlık hizmetleri sağlığın hem sosyal hem de ruhsal iyi olma boyutu ile ilgilenmektedir.

Gelişmiş bir ülke olabilmek için bütün toplumların sağlıklı bireylere ihtiyacı bulunmaktadır. Sağlık bir toplum için, yaşamsal öneme sahip ve ertelenemez bir olgudur. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak özellikle gelişmekte olan ülkelerde devlet sektörünün ağırlığında yürütülmektedir. Yaşamsal bir öneme sahip olan sağlık hizmetlerinin sunulması hangi biçimde olursa olsun, sağlıkta eşitliği sağlayacak çerçevede olmalıdır. Bir toplumda, her türlü sağlık hizmetine ihtiyaç duyulacaktır. Yukarıda sözü edilen sağlık hizmeti çeşitlerinin hiçbirisinin bir toplum için önceliği bulunmamaktadır. Ancak, koruyucu sağlık hizmetlerinin harcamaları azaltıcı bir etkisi bulunmaktadır.

## **2.7 SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ**

Toplumların sağlığının iyileştirilmesi ve korunması faaliyetleri doğrudan bireyleri sağlığı üzerinde de etkili olacaktır. Ancak, artan maliyetler ve finansman sıkıntıları nedeniyle son yıllarda sağlık alanında özel sektörün katkısı da azımsanmayacak dereceye gelmiştir. İster özel isterse kamu sektörü tarafından sunulsun, sağlık hizmetleri taşıdığı bazı özellikler nedeniyle diğer üretimi yapılan mal ve hizmetlerden ayrılmaktadırlar. Mal ve hizmetler için ayırt edici özellik olan hizmetlerin elle tutulamaması, gözle görülmemesi, kaynağından ayrılamaz olması, depolanamaması ve kalitesinin değişkenliği sağlık hizmetleri içinde geçerlidir (Çatalca, 2003; Sayım, 2009).



**Şekil 2.5 Hizmetlere İlişkin Özellikler**  
Kaynak: Sayım, 2009:254.

Sağlık hizmetlerinin yukarıdaki özellikleri taşımalarının yanında, mal ve hizmetlerden başka ortak özelliklere sahip olmaları nedeniyle farklı bir kategoride ele alınmaları gerekmektedir. Örnek olarak gözlük, işitme cihazı, tekerlekli sandalye gibi insan yaşamı ile doğrudan ilişkili mallarla, gündelik yaşantımızda yer bulan televizyon, bilgisayar, dergi gibi malları aynı kapsamda inceleyemeyiz. Sağlık hizmetlerinin temel özellikleri aşağıdaki şekilde sekiz başlık altında özetlenebilir (Mutlu ve Işık, 2005:45-59; Sayım, 2009:257-262).

1. **Kamusallık:** Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür hizmetler tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlar. Geçmişte ağırlıklı olarak piyasa ekonomisine ve sivil toplum kuruluşlarına bırakılmış olan sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığı ve toplum arasındaki sıkı ilişki anlaşıldıkça ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel insan hakkı olarak kabul edilmesinden sonra, devletin giderek daha fazla görev üstlendiği bir alan haline gelmiştir.
2. **Dışsallık:** Bir ekonomik birimin üretim, veya tüketim faaliyeti sonucunda başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarını olumlu veya olumsuz olarak etkilenmesi şeklinde tanımlanabilir. Dışsallık sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliğidir ama sadece sağlık hizmetlerine özgü değildir. Mesala, bebeklerin doğum öncesi ve sonrası sağlıkları annelerinin



sağlık durumlarına bağlıdır. Bu durumda kamu kesiminin desteklediği, aşı, verem, AIDS gibi sağlık kampanyaları büyük önem taşımaktadır.

3. **Yararlı Mallar:** Sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu dışsal fayda sağlanır. Devletin, bireyleri tüketmek için zorladığı mallara yararlı mallar denmektedir. Örneğin, aşı ya da küçük çocukların yeterli beslenip beslenmediklerinin sağlık teşkilatınca denetlenmesi ya da, erken teşhis ve tedavinin başarısı ve maliyeti üzerindeki etkisinin önemli olduğu hastalıklar için tarama programlarının düzenlenmesi, hamilelik ve sütanneliği döneminde bebek ve çocuklara yardım için yapılan hizmetler devletin tüketimleri için zorladığı yararlı mallar kapsamında gösterilebilir.
4. **Devlet Müdahaleleri:** Sağlık hizmetlerinde bu müdahaleler planlama, yatırım, kontrol ve destek şeklindedir. Devlet sağlık sistemine, yeterlilik belgesi ve diplomalar ile müdahale etmenin yanında, yerel ve ulusal düzeyde sağlık harcamalarını finanse etmek için sigorta sistemini kurarak sağlık riskini paylaşır ya da, mevcut sigortalara finansal yardımlar yaparak müdahale edebilmektedir. Otoritenin gücü, sağlık sisteminin etkin ve verimli çalışmasını sağlar.
5. **Asimetrik Bilgilenme:** Hizmet alan taraf (hasta) ve hizmet veren taraf (hekim) arasında bilgi açısından diğer sektörlerle karşılaştırıldığında büyük fark vardır. Mal ve hizmetin arz ve talep edenleri arasında bilgi yönünden yakınlık her iki tarafında daha sağlıklı karar vermelerinde etkili olmaktadır.
6. **Belirsizlik Altında Seçim:** Hizmet alan kişiler alacağı hizmetin maliyet ve kalitesi hakkında bilgi sahibi değildir veya çok az bilgisi vardır. Bir kalp ameliyatı sonunda birey sadece sağlıklı hissederek kendisini sağlıklı olarak tanımlarken, ameliyatın teknik kalitesi bakımından bilgi sahibi değildir. Birey, sağlık hizmeti konusundaki bilgisizliği neticesinde, belirsizlik altında seçim yapmak durumunda kalmaktadır.
7. **Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi:** Sağlık hizmetine nerede, ne zaman, kimlerce hangi çeşitte ihtiyaç duyulacağı ve bunun ne kadar süreceği çoğu zaman belli değildir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve talep tahmininde zorluklara neden olmaktadır.

8. **Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumu da Etkilemesi:** Sağlık hizmetinin taşıdığı kamusal ve dışsal özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir. Sağlık hizmetlerinin yetersiz alınması, bireylerin bir takım maliyetlere katlanmasının yanı sıra, topluma da maliyetler getirmektedir. Sağlıksız bireylerin yaşadığı toplumda sağlıklı bireylere de rastlamak güçleşecektir. Sağlık hizmetlerinin var olduğu ancak tüketilmediği toplumlarda da benzer problemlerle karşılaşılabilir. Sağlık üretiminde belli seviyeye gelmiş ülkelerde sağlık harcamalarının önceliği ve sınırsızlığı toplumun yaş ortalaması ve sosyal güvenlik açıkları gibi sorunlara yol açacaktır.

## 2.8 TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlık sisteminin finansman ve hizmet sunumu boyutlarıyla şekillenmesi, ülkelerin siyasi, ekonomik ve sosyal yapılarının bir uzantısıdır. Yönetimler, bu iki unsurun sistemi oluşturabilmek için varlığını sağlamak zorundadırlar. Sağlık sistemini oluşturan unsurlar, sistemin amaçlarına ulaşmasına yardımcı olmaktadır. Sistemin unsurları arasında oluşabilecek bir paylaşım ve iletişim eksikliği otorite olan devlet yönetimleri tarafından süratle giderilmelidir. Yönetimler sistem içerisinde bütün bireyleri kapsayacak sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirebilmek için gerekli kaynakların temin edilmesini sağlamalı ve kullanıma sunmalıdır. Etkin ve verimli çalışan bir sağlık sistemi bütün herkes için eşit sağlık, adil finansman ve beklentileri karşılamalıdır.

Sağlık sistemleri, finansmanda kullanılan ödeme sistemlerine göre üç başlık altında incelenmektedir. Bunlar; kamu yardımı sistemi, sağlık sigortası sistemi ve ulusal sağlık hizmeti sistemidir. Kamu yardımı sisteminin amacı, yoksul bireylerin sağlık sisteminden herhangi bir şekilde ödeme yapmadan yararlanmalarını sağlamaktır. Gelir seviyesi yüksek olan bireyler ise, belirli bir maliyete katlanarak sigortalanabilmek veya sağlık hizmetini doğrudan satın alabilmektedirler. Sağlık sigortası sisteminin temelleri, riski sigorta yaptırmış olan bireyler tarafından paylaşılması esasına dayanmaktadır. Bireyler, sağlık sigortası primi ödeyerek sisteme finansal katkıda bulunmaktadır. Ulusal sağlık hizmeti sisteminin ise temelleri bütün sağlık harcamalarının devlet tarafından karşılanmasına dayanmaktadır. Sağlık yeterli kaynağı kamu gelirlerinden elde etmektedir. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin üretim faktörleri tamamen kamunun kontrolündedir (Yıldırım, 1994: 14-17).

Sağlıkta ödeme sistemine göre yapılandırılan yukarıdaki gruplandırmaya göre Türkiye’de her üç sistemin bir bileşkesi bulunmaktadır. Türkiye’deki sistem, bu üç sistemden herhangi birinin tam olarak özelliklerini taşımamakta olup karma bir yapıya sahiptir. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken, diğer taraftan devlet memurları ve yeterli mali gücü olmayanlar için kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Diğer taraftan koruyucu sağlık hizmetleri tamamen sosyalleştirmeye tabi tutulmuş bulunmaktadır. Bunun dışında halk bu hizmetleri serbest piyasadan da satın alabilmektedir. Sistemden hizmet almak için başvuran bireylerin aşırı talebi sonucunda oluşan kuyruk sorununun nedeni sadece kaynak yetersizliği değil, mevcut kaynakların verimli kullanılabildiği etkili bir yapının bulunmamasıdır (Yıldırım, 1994:17).

Türkiye uzun yıllardır OECD üyesi olan ve yüksek gelir düzeyine yaklaşmış üst orta gelirli bir ülke olarak, eskiden beri kendisini, diğer OECD üyesi ülkeler ile kıyaslamalar yaparak değerlendirmektedir. TÜİK verilerine göre 2007 yılı sonu itibarıyla toplam nüfus 70,586,256’dır (Sur ve Çekin, 2009). Türkiye’nin yıllık nüfus artış hızı %18,3’tür. Türkiye’nin nüfus artış hızı yıllara göre incelendiğinde, 1945 yılından sonra %20’nin üzerinde olan nüfus artış hızının 1980 yılından sonra önemli bir azalma gösterdiği görülmektedir. 1980-1985 döneminde yıllık nüfus artış hızı %24,9 iken, 1990-2000 döneminde %18,3’e düşmüştür. 2015 yılına kadar 80 milyonu geçmesi beklenmektedir (Sağlık Bakanlığı (SB), 2007).

Türk toplumunun sağlık durumu, son 15-20 yıl içerisinde sağlık hizmetlerinin ölçeği ve işleyişinde meydana gelen iyileşmelerle birlikte önemli ölçüde ilerleme göstermiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin artırılması için yapılan hizmet sunumu reformları ve sağlık sigortası kapsamının genişlik ve derinliğinin artması, nüfusun mali korumasının genişletilmesi konusunda etkileyici bir yol kat edilmesini sağlamıştır. Geçtiğimiz 15-20 yıl zarfında, sağlık harcamaları gelir artışıyla orantılı artış göstermiştir (OECD, 2008).

Türkiye’de 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Projesinden önce sağlık sistemi, topluma sınırlı sağlık hizmetini ücretsiz sunan ulusal bir sağlık hizmeti ile kayıtlı sektör çalışanları ve bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları insanları kapsayan bir dizi sosyal sigorta sisteminin bileşimiydi. Yoksul ve zayıf gruplar için de bir sosyal destek programı vardı.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu, yarı kamu, özel ve hayırsever olmak üzere pek çok örgüt faaliyet göstermektedir. Kamu kesiminde Sağlık

Bakanlığı (SB), üniversiteler ve Savunma Bakanlığı sağlık hizmeti veren başlıca kurumlardır. 2005 yılına kadar SSK ve diğer kamu kurumu hastaneleri de hizmet veren kurumlar arasında yer almaktaydı. Ancak 2005 yılında basta SSK hastaneleri olmak üzere ve diğer kamu kurumlarının hastanelerinin bir kısmı SB çatısı altında birleştirilmiştir. Sağlık politikalarının oluşturulmasında ve oluşturulan politikaların uygulanmasında başlıca yetkili SB'dir.

Sağlık Bakanlığı'na sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri, sağlık ocakları, anne ve çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, tüberküloz dispanserleri, malarya kontrol merkezleri ve kanser kontrol merkezleri gibi bazı dikey birimler yoluyla verilmektedir. Hizmet sunumunun ikinci basamağı hastanelerdir. Hastaneler birinci basamakta çözülmemiş sağlık sorunlarının çözümü için planlanmış kuruluşlardır. Ülkemizde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Savunma Bakanlığı hastaneleri, diğer kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, belediye hastaneleri, vakıf hastaneleri, özel hastaneler ve azınlık ve yabancılar tarafından verilmektedir. Türk Silahlı Kuvvetleri kendine ait bir sağlık kurumları ağı da mevcuttur.

### **2.8.1 Türk Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi**

Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğinde süreklilik yanında, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliğinin varlığı söz konusudur. Cumhuriyetimizin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken, bütün kurumları ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok batıya dönük bir yol izlenmiştir. Sağlık politikaları bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, temel tercih değişiklikleri göstermiştir (SB, 2008).

SB 1920 yılında kurulmuştur ve Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmuş olan ilk bakanlığıdır. SB başlangıçta, savaş sonrasında yeniden yapılanmaya ve ülke sağlık sistemini kurmak için kilit mevzuatın oluşturulması konularına odaklanmıştır. Türkiye'deki mevcut halk sağlığı sisteminin temelleri, 1923-1946 yılları arasında atılmıştır.

#### **2.8.1.1 1920-1938 Dönemi Türk Sağlık Sistemi**

Bu dönemde, sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasını hedef alan bir çok yasal düzenleme gerçekleştirilmiştir. Bu düzenlemeleri hedefleri, savaş sonrası problemlerin çözülmesi, sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından

desteklenmesi, merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan organizasyonların oluşturulması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması biçiminde sırlanabilir. Koruyucu halk sağlığı programların özellikle tüberküloz, sıtma ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yöneliktir.

Bu dönemde çıkan yasalar, bazı değişikliklere uğramakla birlikte, bugün de hala yürürlüktedir;

- i) 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,
- ii) 1927 tarih ve 992 sayılı Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
- iii) 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- iv) 1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- v) 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- vi) 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanunu

çeşitli değişikliklere uğramakla beraber günümüz mevzuatı içinde yerlerini hala korumaktadır (SB, 2003).

### **2.8.1.2 1939-1960 Dönemi Türk Sağlık Sistemi**

Bu dönemde merkezi yapı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirilmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar yapılmıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan sıtma, su çiçeği, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için “Olağandışı Sıtma Savaş Kanunu Yasası” çıkarılmış ve hastalığa odaklı dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir. İl Özel İdareleri ve yerel yetkililer tarafından sağlanan hastane hizmetleri SB'na devredilmiştir. Sigortalar Kurumu'nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet ile istihdam alanındaki SB tekeli ortadan kaldırılmıştır. Bunların yanı sıra, sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır (SB, 2003).

Bu dönemde yapılan yasalardan bir çoğu hala yürürlüktedir ve sağlık örgütlenmemizin temelini hala bu yasalar oluşturmaktadır; Örneğin;

- i) Optisyenlik ve Optisyenler Yasası (Yıl 1940, Sayı 3958)
- ii) Türk Tabipler Birliği Yasası (Yıl 1953, Sayı 6023)

- iii) Eczacılar ve Eczaneler Yasası (Yıl 1953, Sayı 6197)
- iv) Hemşirelik Yasası (Yıl 1954, Sayı 6283)
- v) Türk Eczacılar Birliği Yasası (Yıl 1956, Sayı 6643) bu yasalardan bir kaçıdır.

### 2.8.1.3 1961-1980 Dönemi Türk Sağlık Sistemi

1961 yılında, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı) kabul edilmiştir. 1980 yılına kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir. Bu kanun, Türkiye’de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır.

Dikey örgütlenmeler azaltılarak farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar sağlık ocakları bünyesinde entegre hale getirilmiştir. Sosyalleştirme pilot uygulamalarda başlamış ve bu kapsamda doktorların serbest olarak çalışması engellenmiştir.

Bu dönemde 1960 sonrası planlı döneme geçilmiş ve beş yıllık kalkınma planları bu tarihten itibaren sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsur haline gelmiştir. 1963 yılında, ilk kez, beş yıllık kalkınma planında sağlığa yer verilmiştir. Sağlık sektörüne yönelik ilk beş yıllık kalkınma planının hedefleri şunlardır:

- i) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi,
- ii) SB aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması
- iii) Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması,
- iv) Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi,
- v) Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi,
- vi) Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi,
- vii) Genel Sağlık Sigortası’nın (GSS) kurulması,
- viii) Devlet hastanelerinde döner sermaye2 sisteminin kurulması.

Daha sonra, genel sağlık sigortası fikrini destekleyen GSS Yasası taslak olarak hazırlanmıştır; bu yasa ancak 1971’de TBMM’ye sunulabilmiş, fakat kabul edilmemiştir. 1974 yılında yasa tekrar Meclis’e sunulmuş; ancak hiçbir zaman görüşülmemiştir (SB, 2003).

#### **2.8.1.4 1981-Günümüze Dönemi Türk Sağlık Sistemi**

1982 Anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasası'na göre paralel düzenlemeler içermektedir. 60. maddesi herkesin Sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini içerir. GSS'nin kurulabilir ifadesi 1982 Anayasanın 56. maddesinde yer almıştır.

Bu dönem, 1961'de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi gayretlerine şahit olmuştur. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla birlikte GSS 1987'de tekrar gündeme gelmiş ancak bu husustaki düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl sağlık hizmetleri temel kanunu çıkarılmıştır.

1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde, GSS uygulamasının başlatılması konusu yeniden ele alınmış; ama herhangi bir ilerleme kaydedilememiştir. Ancak, aynı yıl, Yeşil Kart programının başlatılması ile birlikte, sigortasız nüfusun sağlık harcamalarının karşılanmasının artırılması konusunda çok önemli bir gelişme meydana gelmiştir.

2003 yılında, sağlık sisteminin durumu önceki dönemlerde meydana gelen gelişmeleri yansıtmaktaydı. Söz konusu sağlık sistemi, topluma sınırlı ücretsiz sağlık hizmetleri sunan ulusal bir sağlık hizmeti ve kayıtlı sektördeki nüfusun farklı kesimlerini kapsayan bir sosyal sigorta sistemi ile yoksul ve zayıflara yönelik bir sosyal destek programının birleşiminden oluşmaktaydı (SB, 2003).

#### **2.8.2 Göstergelerle Türk Sağlık Sistemi**

Türkiye'de, sağlık istatistiklerine bakıldığında istenilen tatmin edici sonuçlara ulaşılamadığı görülmektedir. DSÖ verilerine göre, Türkiye'de Gayri Safi Yurt İçi Hasıladan toplam sağlık giderleri için ayrılan pay gelişmiş ülkelerin oldukça gerisinde bulunmaktadır. Türkiye 2003 yılı verilerine göre, Gayri Safi Yurt İçi Hasıladan sağlığa % 7,6 oranında bir pay ayırmıştır. Bu değer A.B.D'de % 15,2, Almanya da ise, % 11,1 oranındadır (DSÖ, 2006). Tablo 2.1, 2003 yılı itibariyle ülkelerin sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya oranlarını göstermektedir.

**Tablo 2.1 2003 yılı itibariyle Ülkelerin Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsılaya Oranı**

Ülke	Oran (%)
A.B.D	15,2
Almanya	11,1
Fransa	10,1
Kanada	9,9
Yunanistan	9,9
Arjantin	8,9
İsrail	8,9
İtalya	8,4
İngiltere	8,0
Japonya	7,9
Brezilya	7,6
<b>Türkiye</b>	<b>7,6</b>
İran	6,5
Polonya	6,5
Çin	5,6
Rusya Federasyonu	5,6
Hindistan	4,8
Pakistan	2,4

Türkiye, kişi başı sağlık harcamalarında da gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Kişi başına sağlık harcaması istatistiğinde A.B.D 5711 dolar, Almanya 3001 dolar ile kişi başı sağlık harcamalarının en fazla olduğu ülkelerdir. Türkiye'nin ise kişi başı sağlık harcaması 528 dolardır (DSÖ, 2006). Tablo 2.2, 2003 yılı itibariyle ülkelerin kişi başına yaptıkları sağlık harcamalarını göstermektedir.

**Tablo 2.2. 2003 yılı itibariyle Ülkelerin Kişi Düşen Başına Sağlık Harcamaları**

Ülke	Harcama (\$)
A.B.D.	5711
Almanya	3001
Kanada	2989
Fransa	2902
İngiltere	2389
İtalya	2266
Japonya	2244
Yunanistan	1997
İsrail	1911
Arjantin	1067
Polonya	745
Brezilya	597
Rusya Federasyonu	551
<b>Türkiye</b>	<b>528</b>
İran	498
Çin	278
Hindistan	82
Pakistan	48

Hastaneler yataklı tedavi hizmeti sunabilen kurumlar olduğundan, sahip oldukları yatak sayıları hizmet kapasitelerini etkilemektedir. Dolayısıyla, yatak sayıları hastane



performanslarının hesaplanmasında kullanılabilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlamış olduğu istatistiklere göre her 10.000 kişiye A.B.D'de 33, Japonya'da 129,4, Rusya'da 99, Türkiye'de ise 26 yatak düşmektedir (DSÖ, 2006). Tablo 2.3, ülkelerin her 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayılarını göstermektedir.

**Tablo 2.3. Ülkelerin Her 10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayıları**

Ülke	Yatak Sayısı ( Adet)	Yıl
Japonya	129,4	2001
Rusya Federasyonu	99,0	2004
Almanya	86,0	2004
Fransa	76,0	2003
İsrail	61,0	2004
Polonya	55,0	2003
Yunanistan	47,0	2000
Arjantin	41,0	2000
İtalya	41,0	2003
İngiltere	40,0	2003
Kanada	36,0	2003
A.B.D	33,0	2003
Brezilya	26,0	2002
<b>Türkiye</b>	<b>26,0</b>	<b>2004</b>
Çin	23,1	2004
İran	16,3	2001
Hindistan	6,9	1998
Pakistan	6,8	2003

Yukarıda verilen istatistikler bir sağlık sisteminin performansı hakkında genel bilgiler verebilir. Bu istatistiklerin artırılması ancak ve ancak sağlık harcamaları için daha fazla kaynak ayrılması ile mümkün olabilecektir. Maliyetlerin artması hem ülke hem de ülke içerisindeki bölgeler arasındaki sağlık hizmetleri farklılıklarının büyümesine, sağlık personelinin yönetim ve hizmet sunumu aşamalarında geleneksel rolün değişmesine yol açabilmektedir (Çiçek, Kara ve Koyuncu, 2006:126). Türkiye'de sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayrılmaması sağlık sisteminin en önemli ve değişmez unsurları olan hastanelerin kendilerinden beklenen görevleri yerine getirmelerini zorlaştırmaktadır. 2006 yılı verilerine göre, yılın ilk sekiz aylık döneminde bütçeden sağlık harcamaları için 3.8 milyar YTL'lik harcama yapılmış bulunmaktadır. Sağlık harcamaları için bütçeden ayrılan ödeneğin yüzde 93.2'si yılın ilk sekiz aylık döneminde harcanmıştır.

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları, yalnızca Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. A.B.D. ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde bile seçim çalışmalarında sağlık

hizmetlerinin iyileştirilmesi, bir başka deyişle sağlıkta reform ihtiyaçları üzerinde durulmaktadır. Bu gerçek, sağlık hizmetleri sunumu konusunda bütün dünyanın yeni arayışlar içinde olduğunu göstermektedir. Gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı olarak farklılıklar gösterse de, genel anlamda sağlık sorunlarını tamamen çözmüş bir ülke bulmak oldukça zordur.

Sağlık sistemlerinde yeniden yapılanma düşüncesi 1980’li yılların dünyasında hâkim bir görüş olmuş ve tüm ülkeler sağlığa ayrılan payları ne olursa olsun yeni arayışlara yönelmişlerdir (Çiçek, Kara ve Koyuncu, 2006: 126). Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için çeşitli programlar uygulanmıştır. 1980’li yıllara kadar geçen dönemde genel olarak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, alt yapının ve örgütlenmenin düzenlenmesi ile ilgili uygulamalarda bulunulmuştur. 1983 sonrası yıllar, “mevcut durumun sorun olduğu anlayışı”nı benimseyen reform çalışmalarının hız kazandığı yıllardır. 1990 yılı sonunda Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarının adı "sağlık projeleri"ne dönüşmüştür. Yine bu yıllarda Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenmiş ve yeniden yapılanma sürecine başlanmıştır. 1993 yılında sosyal güvenlik şemsiyesi altında kalan yoksul kesim için yeşil kart uygulamasına başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 8-10). Son olarak, 2003 yılında “Sağlıkta Değişim Programı” ile sağlık sisteminde yeni bir sürece girilmiştir. Bu kapsamda ilk olarak bütün devlet hastaneleri tek çatı altında toplanmıştır. 2004 yılında ise hastanelerde performans ölçme sistemi uygulanmaya başlanmış ve performans dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir. Bu program kapsamında Sağlık Bakanlığı, kamu hastanelerinin hizmet kalitelerini yükseltmek amacıyla da 2005 yılında “kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans” kavramını gündeme getirerek hastane hizmetleri iyileştirme çalışmalarında yeni bir yaklaşım sunmuştur. Bu sistemin amacı, kamu hastanelerinin kendi kurumsal performanslarını ölçerek hizmet kalitesi seviyelerini yükseltmeleridir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. SAĞLIK BAKIM ORGANİZASYONLARI OLARAK

#### HASTANELER

##### 3.1 HASTANELERİN TANIMI

Kökene itibariyle tarihin en eski organizasyonlarından biri olan hastaneler bugün, toplumda önemli bir yere sahiptir. Bu önem hastanelerde tedavi edici hizmetler sunulurken, bir yandan da toplumu sağlık sorunlarından büyük ölçüde korumaya yönelik hizmetler sunuluyor olmasından kaynaklanmaktadır. Sağlık hakkı doğumla birlikte başlar. Sağlıklı yaşamak her bireyin temel ihtiyacıdır ve bu ihtiyacın karşılanabilmesi için hastaneler en önemli işlevi görmektedir. Hastanelere her geçen gün artan talep, ekonomik açıdan da birçok faktörle ilişkilidir. Çalışan nüfus içinde hastanelerde tedavi veya tanı amaçlı bulunan insanlar, işletmelerin işgücü kaybına neden olurken, istihdam edilen çalışanların ücretleri, hastanelerde kullanılan malzeme ve cihazların maliyetinin çok yüksek olması gibi nedenlerle hastane hizmetlerinde verimliliğin ve etkinliğin artırılması zorunluluk haline gelmiştir.

En genel şekilde hastaneler, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların tanısı-tedavisi ve tıbbi rehabilitasyonu hizmetlerini sunmak amacıyla kurulan ve yönetilen, kamuya, tüzel veya özel kişilere ait bütün birimler olarak tanımlanabilir.

Hastaneler, hizmet üretim kapasitesi ve sağlık harcamaları bakımından sağlık sisteminin en önemli alt sistemidir. Hastanelerin amaç ve misyonuna göre değişmekle birlikte genel kabul gören dört işlevi vardır. Bu işlevler; tedavi hizmetleri işlevi, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri işlevi, eğitim işlevi ve araştırma işlevi şeklinde sıralanabilir (Kavunbaşı, 2000). Dünya Sağlık Teşkilatı hastaneleri, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde yer alan tanım ise hastaneler, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak

tanımlamaktadır. Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere hastanelerin tedavi edici rolleri üzerinde durulmuş ancak; eğitim, araştırma ve geliştirme ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma veya toplumsal sağlık programlarına katılma olarak adlandırılan faaliyetlerine değinilmemiştir. Bu tanımlar işlevsel tanımlardır.

Hastanelerin en önemli sermayesinin yetişmiş insan gücü olduğunu dikkate aldığımızda, çalışanların değerlendirilmesi zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Türkiye’deki hastanelerin verimli ve etkin olmadıkları hemen hemen tüm çevrelerce sıkça dile getirilmektedir. Bu durumun birçok yönetim ve organizasyon sorunundan kaynaklandığını söylemek mümkündür.

Hastaneler bir sistem yaklaşımı içinde ele alınıp tanımlanabilir. Buna göre hastaneler; dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını gene aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir (Çatalca, 2003). Burada girdiler, insan gücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynaklardır. Çıktılar ise hasta ve yaralıların tedavileri, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmadır.

### **3.2 HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI**

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, mülkiyetlerine, büyüklüklerine, hastaların hastanede kalış sürelerine göre farklı sınıflandırmalara tabi tutulmaktadırlar. Hastaneler; mülkiyet, eğitim statüsü, hizmet türü, büyüklük, hastaların yatış süresi, kuruluş yeri, akreditasyon durumu, hizmet basamağı gibi ölçütlerle sınıflandırılırlar.

Ülkemizde yapılan yaygın sınıflandırmalar doğrultusunda burada “verilen tedavi hizmetinin türü”, “hastaların hastanede kalış süreleri”, “mülkiyetlerinin türü” ve “büyüklükleri” esas alınmaktadır. Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler genel ve özel dal hastaneleri olarak ayrılmaktadır. Genel hastaneler herhangi bir ayırım gözetilmeksizin bünyesindeki uzmanlık dallarına göre tüm hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise belirli bir yaş veya belirli türde hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Örneğin çocuk hastanesi, kadın doğum hastanesi, fizik tedavi hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi gibi. Ayrıca Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği madde 5’e göre eğitim veren ve eğitim vermeyen hastaneler olarak ayırım

yapılmaktadır. Eğitim hastaneleri bünyesinde uzmanlık eğitimi veren hastanelerdir. Eğitim vermeyen hastaneler ise işleyişte hizmet hastanesi olarak isimlendirilmekte olup, herhangi bir uzmanlık dalında eğitim vermeyen, tedavi hizmetlerini yürüten hastanelerdir.

Diğer sınıflandırma ise hastaların hastanede kalma sürelerine göre yapılır. Ülkemizde hizmet vermekte olan devlet hastanelerinde hastaların %50'den fazlası 30 günün altında hastanede kalmaktadırlar. Bu hastaneler kısa süreli hastanelerdir. Hastalarının %50'sinden fazlasının 30 günün üstünde kaldığı sağlık kurumları vardır. Bu hastaneler ise uzun süreli hastanelerdir. Sanatoryumlar, psikiyatri hastaneleri, geriatri (yaşlı) hastaneleri, onkoloji (kanser) hastaneleri bu türde hastanelerdir.

Mülkiyetlerine göre sınıflandırmada ise hastanenin mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşa ait olduğu ve niteliği dikkate alınmaktadır. Bugüne kadar faaliyetlerini devam ettiren bu kuruluşlar, Sosyal Sigortalar Kurumu, belediye, demiryolları hastaneleridir. Ancak 06.01.2005 tarihinde kabul edilen “5283 No’lu Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile bu uygulamaya son verilerek sağlık hizmetlerinin tek bir çatı altında toplanması amaçlanmıştır. Bu Kanun ile; Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait hastaneler uygulamadan muaf tutulmuştur.

Büyükliklerine göre sınıflandırma ise, hastanenin kapasitesine göre, yatak sayılarına göre yapılmaktadır. Bu uygulamayı genellikle Türk Silahlı Kuvvetleri’ne ait askeri hastanelerde görmekteyiz. Örneğin hastaneler, 50 yataklı, 100 yataklı, 500 yataklı hastane olarak adlandırılırlar.

### **3.3 HASTANELERİN İŞLEVLERİ**

Hastaneler teşhis, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanında, sağlık hizmeti verecek olan personelin eğitimi, araştırma, toplum sağlığını koruyan bir kuruluştur. Hastaneler genel işlevleri bakımından değerlendirildiğinde, hastalara tedavi hizmetleri ve bakım hizmetleri sunmaları, hastane ihtiyaçlarının tedariki, hastane finansmanı, hastane hizmetlerinin pazarlanması ve hastane yönetimi gibi temel fonksiyonları yerine getirmektedirler (Karahan ve Özgür, 2009).

Tedavi hizmetleri hastanelerin en eski görevlerindedir. Hastalara sunulan tıbbi tedavi, sağlık hizmetlerinin tümünü kapsayabilmektedir. Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri bireyleri hastalanmadan önce sağlıklarına önem vermeleri konusunda eğitmek üzerine odaklanmaktadır. Bu eğitimin kapsamı kişisel sağlık bakım uygulamaları olacağı gibi, bireyleri aşı, kontrol gibi faaliyetlere yönlendirme şeklinde de olabilir. Hastaneler koruyucu sağlık hizmetleri sürecinde de sistem içerisinde ön plandadırlar. Çünkü bireyler hasta olduklarında hastaneye giderler ve bu bireyleri ilan, broşür ve duyurularla eğitmek için önemli bir fırsattır.

Hastanelerin sağlık hizmeti veren kurumlar olmaları yanında birer eğitim kurumları oldukları da unutulmamalıdır. Hastanelerden verilen eğitim hizmeti sadece hasta olan bireylerle sınırlı değildir. Hasta yakınları, öğrencilerin eğitimi, uzman personelin eğitimi ve en büyük halka olarak toplumların eğitimi hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri olarak sıralanabilir. Branş hastaneleri özellikle uzman personelin yetişmesi ve alan hastalıklarının bireylerin eğitimleri yoluyla önüne geçilmesi konusunda öncüdürler (Kavuncubaşı, 2000).

Araştırma ve geliştirme işlevi hastanelerin tıbbi ve idari olarak yürüttüğü faaliyetler olmak üzere iki türdür. Tıbbi araştırma faaliyetleri, klinik araştırma ve geçmişe dönük araştırma olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Klinik araştırmalar deneysel, değişken şartların kontrol altına alınması, kobay kullanılmasını ya da etik kurallar çerçevesinde gönüllü bireylerin yardımlarını içeren, belirli bir sağlık problemine çözüm bulmayı amaçlayan faaliyetlerdir. Büyük bütçeleri ile hastanelerin tek başlarına altından kalkmaları zordur. Geçmişe dönük araştırmalar ise, vaka çalışmaları olarak bilinmektedir. Vaka çalışmaları geçmişteki hasta dosyalarından elde edilen bilgilerin analiz edilmesiyle bulgulara ulaşmayı hedefler. İdari araştırmalar ise, hastanelerin ön plana çıkmayan ancak karmaşık yapılarından kaynaklanan yönetsel sorunlara çözüm bulmayı hedefleyen araştırmalardır. Ancak, bu çalışmalar dışarıdan uzman ve akademisyen desteği gerektirebilir.

Mali fonksiyonlar, hastanelerin her türlü beşeri ve maddi kaynakların elde edilmesi, bu kaynakların maliyetlerinin karşılanması ve gelir gider işlemlerinin yönetimi kapsamaktadır. Özellikle, sağlık sektöründe dengesiz kaynak dağılımı ve personel eksikliği nedeniyle son yıllarda özel sektörün yatırımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Kamunun ağırlıkta olduğu bu sektörde, devlete ait hastaneler kar amacı gütmemektedirler.

Hastane yönetimi, yönetim biliminin uygulamalı dallarından birisidir. Hastanelerin karmaşık yapılarından dolayı kendine özgü nitelikleri bulunmaktadır. Hastane yönetimi, sahip olunan insangücü ve fiziksel kaynakları hastanenin amaçlarına en uygun şekilde kullanma ve yöneltme sanatıdır. Kendine has nitelikleriyle genel yönetimin süreçlerini de kapsayan hastane yönetimi, sağlık hizmeti üreten bir kuruluş olarak değil aynı zamanda ekonomik bir işletme ve eğitim kurumları olarak algılanmalıdır. Uygulamada, hastane yönetmek diğer kurumları yönetmekten daha zor bir iştir.

### 3.4 HİZMET İŞLETMESİ OLARAK HASTANELER

Hizmetler, her türlü ekonomik faaliyetin yerine getirilmesinde hayati bir rol taşımaktadır. Hizmetlerin yer aldığı faaliyetler danışmanlık, mühendislik, ulaştırma, yazılım, sağlık, eğitim gibi alanları da kapsamaktadır.

Geleneksel olarak fiziksel mal esasına dayalı olarak geliştirilmiş olan işletme fonksiyonlarının hizmet işletmelerinde uygulanmasıyla meydana gelen sorunlar nedeniyle, hizmet işletmelerinin ayrı olarak ele alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu farklılık, hizmetin sahip olduğu özelliklerden kaynaklanmaktadır. Bu farklılıklar nedeniyle, hizmet işletmelerinin tanımını yapabilmek için öncelikle hizmet kavramı üzerinde durmak gerekir.

Hizmetin tanımını yapmak fiziksel mallardan farklı olmaları nedeniyle zor bir hal almaktadır. Bunun nedenlerinden biri, malların pazarlanmasına rekabet üstünlüğü ya da, tüketici tatmini katan ve fiziksel mallar ile birlikte sunulan tamamlayıcı hizmetlerle, mallardan bağımsız olarak sunulan ve tüketicilere fayda sağlayan bağımsız birer ürün olan hizmetler arasındaki farkı dikkate alacak bir tanımın kolay yapılamamasıdır (İslamoğlu, 2006:18). Bir diğer zorluk ise, malların insan ihtiyaçlarına yönelik oluşu ile hizmetlerin insanların sorunlarına yönelik oluşu arasındaki farkın kolay açıklanamamasıdır. Ayrıca, hizmetler, bir çay ocağında verilen hizmet etkinliklerinden, bankaların sundukları hizmetlere kadar çok geniş alana yayıldığından yani, homojen olmayan faaliyetleri kapsamasından ötürü de tanımını yapılması zor bir hal almaktadır.

Hizmet çok basit bir şekilde, bir kişi veya kuruluşun bir başka kişi veya kuruluşa sunduğu soyut bir faaliyet veya sağladığı fayda şeklinde tanımlanmaktadır (Kıngır, 2006:458). Hizmetler, tüketicilerin mülkiyet ile ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalardır (Mucuk, 2001:285). Bir başka tanıma göre hizmet, tüketici ihtiyaçlarının

tatmin edilmesi amacıyla meydana getirilen maddi niteliği olmayan bir üründür (Devebakan ve Aksaraylı, 2003:39). Hizmetin tanımı biraz daha geniş bir şekilde, “tüketicilerin yaşantılarından kaynaklanan ve çoğunlukla fiziksel olmayan sorunlarını çözmeye ya da çözümünü kolaylaştıran sistemler, faaliyetler ve faydalar” olarak tanımlanabilir (İslamoğlu, 2006:18). Yukarıda verilen son tanıma göre, hizmetlerin insanların sorunlarını çözmeye yönelik olduğunu, malların ise ihtiyaç gidermeye yönelik olduğunu söylemek mümkündür.

Amerikan Pazarlama Birliği (AMA) ise, hizmetin tanımını satışa sunulan ya da, malların satışıyla birlikte sağlanan eylemler, yararlar ya da, doygunluklar olarak yapmıştır. AMA'nın yapmış olduğu başka bir tanıma göre, mal ile hizmet arasındaki ayırım göz önünde tutularak hizmet, bir malın satışına bağlı olmaksızın son tüketicilere ve işletmelere pazarlandığında fayda sağlayan ve bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir (Yüksel, 2005:1).

Hizmetlerin, fiziksel mallardan ayrılmasını sağlayan çeşitli özellikler bulunmaktadır. Söz konusu özelliklerin en önemlisi hizmetlerin soyut olmalarıdır. Hizmetlerin soyut olması nedeniyle müşterilerin alacakları hizmetin kalitesini önceden değerlendirme şansları bulunmamaktadır. Hizmetler taşınamazlar, depolanamazlar ve sunuldukları anda tüketilen niteliktedirler. Bu yüzden, hizmetlerin meydana getirilmesi, satın alınmaları ve tüketilmeleri eş zamanlıdır (Mucuk, 2001:285). Çoğu hizmet üretildikleri zamanda tüketilmelidirler aksi halde emeğin kaybı söz konusudur. Hizmetlerin karakteristik özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Devebakan ve Aksaraylı, 2003:39).

- Elle tutulmazlık (Soyutluk),
- Ayrılmazlık,
- Değişkenlik (Türdeş olmama),
- Dayanıksızlık,

Elle tutulmazlık, hizmetlerin fiziksel varlık olmamaları ile ilgilidir. Hizmetler soyut olmaları sebebiyle pazarlama amaçlı olarak vitrinlerde sergilenemezler, patent haklarını korumak zordur, kolayca markalanamazlar, standart getirmek zordur, kaliteleri hakkında bilgi sahibi olmak hizmeti alan müşterilerin subjektif değerlendirmelerine bağlıdır.



Ayrılmazlık, üretim ve tüketimin hizmetler için eş zamanlı olduklarını belirten bir özelliktir. Hizmetler çoğu zaman önce satışı gerçekleşmekte daha sonra üretimi ve tüketimi meydana gelmektedir. Bu temel özellikten dolayı müşteri hizmetlerin üretiminde aktif olarak rol almaktadır. Müşteriler bu özellik nedeniyle hizmet kalitesinin belirlenmesinde de etkilidirler. Hizmetin kalitesi yalnızca söz konusu hizmeti sunan personelin davranışlarını bağlı değildir. Müşterinin de hizmetin sunumundaki ilgili davranışları algılaması kalite seviyesinde önemlidir.

Değişkenlik (türdeş olmama) özelliği hizmetlerin insanlara daha fazla bağımlı olması ile ilgilidir. Hizmetlerin oluşturulmasında temel etken beşeri faktörlerdir. Başka bir ifadeyle hizmetin müşteriye sunulduğu işletmenin çalışanlarının sunduğu davranışlardır. Söz konusu hizmeti sunan kişinin, aynı hizmeti daha sonra tekrar sunması sırasında farklılıklar olabilir. Bu durum, hizmetin içeriğinin kalite, kapasite ve kapsam açısından farklılıklar gösterebileceği anlamına gelir (Gülmez, 2005:148). Dolayısıyla, hizmet kalitesi, hizmeti sunan kişinin tavır ve davranışlardan etkilenir. Bu bağlamda, hizmet işletmelerinde personel seçimi ve istihdamında çok dikkatli davranılması ve personelde aranacak özelliklerin gerçekçi olması öngörülmektedir.

Dayanıksızlık, hizmetlerin üretildikleri zamanda tüketilmeleri gerekliliği ile ilgilidir. Çoğu hizmetler üretildiklerinde tüketilmezlerse, bunları sonradan tüketmek mümkün olmaz. Hizmetler taşınamazlar, depolanamazlar ve sunuldukları anda tüketilen niteliktedirler. Bu yüzden, hizmetlerin meydana getirilmesi, satın alınmaları ve tüketilmeleri eş zamanlıdır. Hizmetlerin dayanıksız olmaları, hizmet talebinin planlanması konusunu önemli kılmaktadır. Talebin aşırı olduğu ve durgun olduğu dönemler arasında bir denge sağlanmaya çalışılmalıdır. Yani, hizmetin sunulmaya hazır hale geldiğinde talep yeterli değilse emeğin kaybı demektir.

Hastaneler de toplumun sağlığını korumak için sağlık hizmetlerini yürüten kuruluşlardır. Hastaneler hizmet işletmeleri ile benzer bir yapıya sahipmiş gibi görülebilirler. Ancak hastaneler ve hizmet işletmeleri arasında temel olarak farklılıklar bulunmaktadır. Öncelikle, hastaneler diğer üretim yapan işletmeler gibi öncelikli amaç olarak kar etmeyi birinci planda düşünmezler. Hastaneler için bireylerin ve toplumların sağlığının yükseltilmesi önceliklidir. Bu yönleriyle hastanelerin sosyal amaçları ön plandadır.

Hastaneler açık ve dinamik sistemlerdir. Çünkü çevreyle sürekli olarak etkileşim içerisindedirler. Çevrelerinden aldıkları girdileri süreçten geçirerek tekrar çevrelerine

vermekte ve çevrelerinden çok fazla etkilenmektedirler (Ak ve Sargutan, 1996). Hastaneler karmaşık yapıda olan kurumlardır. Hastanelerin karmaşık yapıda olmalarının en önemli nedeni varlıklarını sürdürdükleri çevrenin sınırlarını çizmenin zorluğudur. Örnek olarak eğitim kurumlarının öncelikli amacı sağlık olamamakla beraber, sistem olarak hastanelerle etkileşim içerisindedirler. Ayrıca, diğer hizmet işletmelerine nazaran hastanelerde uzmanlaşma ve aşırı iş bölümü bulunmaktadır. Bu nedenle yapılacak iş sayısının fazla olması koordinasyon sorununu da beraberinde getirmektedir. Sahip oldukları teknoloji gelişmiştir (Çatalca, 2003).

Sağlık hizmetlerinde hastaların, hizmet sunumu sırasında ve/veya sonrasında hizmeti sağlayanların teknik becerilerini değerlendirmelerinin zor olmasının en önemli nedeni; hastaların söz konusu becerileri değerlendirme konusundaki bilgi yetersizliğidir. Hasta ve hekim arasındaki bu bilgi dengesizliği (asimetrisi) konuyu hasta aleyhine isletebilmektedir. Örneğin hastanın açık kalp ameliyatının kalitesi konusunda bir yargıya varması kısa vadede mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin teknik özelliklerinin hastalar tarafından değerlendirilmesinin zor olması nedeniyle, bu hizmetten yararlananlar daha çok teknik olmayan özelliklere yöneleceklerdir. Hizmetin bu yönü doğrudan tecrübe edildiği ve hiç bir teknik uzmanlık gerektirmediği için hastalar tarafından sıklıkla kullanılan bir parametre olmaktadır (Rahman, Erdem ve Devebakan, 2007).

Hastanenin temel fonksiyonu olan tıbbi faaliyetler; klinik, poliklinik, rehabilitasyon, teşhis, tedavi, gözlem ve ameliyat gibi bir takım hizmetleri içermektedir. Hastane genel hizmetlerinin büyük bir bölümünü, hasta bakım hizmetleri oluşturmaktadır. Hastalara, gerektiği gibi hasta bakım hizmetinin verilmesi hastanelerden beklenen en önemli hizmettir. Hizmet kuruluşlarında da özellikle de sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesi daha önemlidir (Gülmez, 2005).

### **3.5 HASTANE PERFORMANSI**

Performans kavramı, literatürde farklı tanımlarla ifade edilmektedir. Bu tanımlar arasında genel kabul gören tanımda performans, genel anlamda belirli bir amaç için yapılan planlar doğrultusunda ulaşılan noktayı nicel ve nitel yönleri ile belirleyen bir kavram; diğer bir ifadeyle, belirlenmiş bir hedefe ulaşma derecesinin ölçümü şeklinde tanımlandığı görülmektedir. Köken olarak İngilizce “performance” kelimesinden gelen performans kavramının Türkçe karşılığı olarak “iş başarımı” ve “herhangi bir işte

gösterilen başarı derecesi” şeklinde ifade edilmektedir. Bu tanımlar ışığında performans genel olarak, amaçlı ve planlı bir faaliyet sonucunda elde edileni ifade eden bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Pancar, 2010).

Performans kavramına sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi açısından bakıldığında; kalite ve performans kavramları neredeyse eş değer tutulmaktadır. Hastanelerin performanslarının ölçülmesiyle, gerçekte ne yaptıklarının tanımlanması ve koydukları hedeflere ne kadar yaklaştıklarının belirlenmesi mümkün olabilecektir. Ölçme kalitenin sağlanmasının ilk adımıdır. Hastanelerin performanslarını bölgesel veya sahip oldukları diğer özellikleri de dikkate alarak kıyaslama olanağı elde edilecektir. Böylelikle hastaneler arasında göreceli olarak başarı durumu belirlenebilir.

Hastaneler, sahip oldukları yetişmiş insan gücü, ileri teknoloji ve donanımlarıyla kapasitelerine bağlı olarak kompleks sağlık hizmetleri sunan kurumlardır. Ayrıca, ciddi yaralanmalar veya hastalıklar için acil servis hizmetleri de sunarlar. Hastaneler, sağlık hizmetleri alanı için gerekli bilgi kaynağını oluşturan, bilgi ve beceri transferinin merkezidirler. Hastaneler, bütün bu özelliklerinin yanında, sağlık giderleri toplamında da en büyük paya sahiptirler (DSÖ, 2003:4). Hastaneler sahip oldukları bütün bu özellikler nedeniyle, ait oldukları sağlık sisteminin değişmez ve en önemli unsurlarıdır.

Hastane performansının ölçülmesi üzerine birçok ülkede çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmaların amacı, hastane performanslarını ölçerek kalite seviyelerinin artırılmasıdır. Ancak, bu çalışmalar, performans göstergeleri için kesinlik kazanmış kriterlerin olmadığını göstermiştir. Hastane performans kriterlerinin sayısı oldukça fazla olmasına rağmen, kriterler arasında homojen bir yapı bulunmamaktadır (Mehrotra v.d., 2005: 2). DSÖ'nün belirlediği performans kriterleri, homojenliğin sağlanmasını sağlayabilecektir. Ancak, mevcut olan bu yapı içerisinde hastanelerin performanslarını birbirleriyle karşılaştırabilecek bir sistem de bulunmamaktadır.

Hastane performans ölçüm sisteminin sağlık sisteminin gelişmesine ne kadar faydalı olabileceği ayrı bir tartışma konusudur. Ancak günümüzde toplumun bütün kesimleri bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Ölçülebilir ve karşılaştırılabilir değerlerin elde edilmesi, sistemin kalitesi hakkında güncel ve geçerli bilgiler verebilir. Hastane performans ölçümünde en büyük sorun verilerin güvenli bir şekilde elde edilememesidir. Şayet veriler eksik, hatalı ya da yanlış olarak toplanırsa ölçüm sonunda yapılacak olan analizlerin sonuçlarına güvenilemez ve yapılacak yorumlar yanıltıcı olabilir. Veri elde

edilmesinde karşılaşılabilecek sorunlar nedeniyle daha yeni uygulanmaya başlayan bu sistemin yaygınlaşmadan geçerliliğini kaybetmesi olasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Avrupa Bölge Ofisi 2003 yılında hastanelerin gönüllü oto-değerlendirme ve diğer hastanelerle karşılaştırma yapabilmeleri için altı alanda performans ölçütünü belirlemiştir. Bu performans ölçütleri; klinik etkinlik, hasta merkezli hizmet, üretimde etkinlik, güvenlik, personelin gelişimini sağlamak ve hesap verilebilir yönetim olarak belirlenmiştir. Bu kriterlerin içerisinde alt kriterler belirlemiş ve altı ana kriter altında toplam 18 adet ölçülebilir performans kriteri saptanmıştır. DSÖ, belirlediği bu kriterlere ait pilot çalışmanın ilk sonuçlarını 2005 yılında açıklamıştır. Pilot çalışma için 8 ülkeden 66 hastane gönüllü olmasına karşın, yalnızca altı ülkeden 55 hastane çalışmaya ilişkin sonuçları göndermiştir. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi yayınladığı ilk raporda veri elde etmede ve verilerin değerlendirilmesinde karşılaşılan zorlukların altını çizmiştir.

Örgütsel performansın değerlendirilmesinde etkinlik, verimlilik, karlılık ve büyüme gibi ölçütlerden yararlanılmaktadır. Bununla birlikte performans değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan ölçütlerin başında verimlilik ve etkinlik kavramları gelmektedir. Uygulamada sıkça bu kavramlar birbiri yerine kullanıldığından, bu iki kavram arasındaki ayrımın kısaca açıklanması yararlı olacaktır. Ekonomi kuramı açısından en dar anlamıyla verimlilik (productivity); üretim sürecinde boşluk olmadan, verilen bir takım girdiler ile en yüksek üretimin sağlanmasıdır. Geniş anlamda verimlilik, bir çıktının en az maliyetle üretilmesidir (Alpugan, 1991). Verimliliği bir işletmenin ürettiği çıktıların, bu çıktıyı elde etmek için kullandığı girdilere oranı olarak ifade etmek olasıdır.

Etkinlik (efficiency) ise; en az çaba veya harcama ile en fazla çıktının elde edilmesidir. Örgüt açısından ise; etkinlik örgütün işletmenin amaçlarını gerçekleştirme oranı olarak tanımlanabilir (Güleş, Ögüt ve Özata, 2007).

Verimlilik ve etkinlik ölçümünün öneminin artmasıyla çeşitli ölçüm yöntemleri geliştirilmiştir. Verimliliğin ölçülmesinde kullanılan yöntemlerden en basit olanı oran analizidir. Bu yaklaşımda her bir oran, verimlilikle ilgili boyutlardan sadece bir tanesini göz önüne alırken diğerlerini göz ardı etmektedir. Bir taraftan bazı oranlar, bir Karar verme biriminin verimli olduğu görünümünü verirken, diğer taraftan bazıları da Karar verme biriminin verimsiz olduğu sonucuna varabilmektedir. Diğer bir yaklaşım olan parametrik yöntemlerde, verimlilik ölçümünün yapılacağı endüstri dalıyla ilgili analitik

bir üretim fonksiyonu varsayımı yapılır. Sonra bu fonksiyonun parametrelerinin belirlenmesine çalışılır. Parametrik yöntemlerde genel olarak, regresyon teknikleri ile tahmin yapılır. Üretim fonksiyonu çoğunlukla tek bir çıktı, birden çok girdiyle ilişkilendirilerek tanımlanır. Parametrik yöntemlere alternatif olarak ortaya çıkan parametrik olmayan yöntemler, çözüm tekniği olarak matematiksel programlamayı kullanır. Çok girdi ve çok çıktı içerebilir. Ön hazırlık açısından ayrıntılı ve uygulaması kolaydır (Toklu, Çerçioğlu, Alçılar ve Baysal, 2005). Son yıllarda birden fazla girdi ile birden fazla çıktı için verimlilik ve etkinlik analizin yapılmasında en çok kullanılan teknik veri zarflama analizidir.

Veri zarflama analizi (VZA), doğrusal programlama prensiplerine dayanan ve spesifik olarak karar birimlerinin (Decision Making Units) görelî etkinliğini ölçmek için tasarlanmış parametresiz bir tekniktir. VZA'nın ilk versiyonu Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından 1978 yılında geliştirilmiş ve Farrell'in sınır üretim fonksiyonlarına dayandırılmıştır (Yavuz, 2001:7). Bir başka tanım ile VZA, karar birimlerinin teknik etkinliğini değerlendirmek için kullanılan çoklu girdilerin, çoklu çıktılara dönüştürüldüğü, veri odaklı yeni bir yaklaşımdır.

Son yıllarda çeşitli sektörler, yapılar ve ülkeler için yapılan VZA uygulamalarında bir artış gözükmemektedir. Çünkü performans analizinde kullanılan diğer yaklaşımların zayıf oldukları durumlarda, VZA az sayıda varsayıma sahip olduğundan daha rahat kullanılabilen bir yöntemdir. Birimlerin karşılaştırılmasında parametrik ya da parametrik olmayan istatistiksel teknikler kullanıldığında, ortalama bir değer ya da ortanca göz önüne alınmaktadır. VZA ise, her bir birimi en iyi birim ile karşılaştırmaktadır (Yavuz, 2001:7).

VZA ise geliştirildiğinden bu yana giderek yaygınlaşan parametresiz bir yöntemdir. Geleneksel yöntemlerin çoklu girdi ve çoklu çıktılarının değerlendirilmesi için sağlayamadıkları bütünselliği toplam faktör verimliliği mantığı ile sağlayabilmektedir. Ayrıca, çıktı tüm girdilerin bir arada faaliyeti ile ortaya çıkar, dolayısıyla kısmi faktör oranları parçalı ve yanıltıcı bir ölçü oluşturabilir. Yöntemin üretim sürecini tahmin için analitik bir fonksiyona (regresyondaki gibi) gerek duymaksızın kullanılabilmesi, birçok girdi ve çıktıyı aynı anda değerlendirebilmesi, sonuçta görelî olarak etkin ve etkin olmayan karar birimlerini birbirinden ayırarak, etkin olmayanlar için etkin olanlardan oluşan referans grupları ve ulaşabilecekleri hedefler belirlemesi tercih edilme nedenlerindedir.

VZA özellikle kamu işletmeleri ya da kamu programlarında etkinlik karşılaştırmaları yapmak üzere geliştirilmiştir. Yöntem bu hususta belirli avantajlar sağlamakla birlikte unutulmaması gereken, veri hatalarına, ya da ekstrem değerlere duyarlılığın fazla olduğu ve performans ölçüm ve değerlendirmelerin tümünde söz konusu olduğu üzere üretim sürecindeki girdi ve çıktılarının doğru tanımlanmasının aynı derecede önemli olduğudur.

VZA'nın daha geniş ölçüde tanınmasını, literatürde yer edinmesini takiben, yöntemin temel kavram ve prensipleri modelin çeşitlenmesini getirmiştir. CCR oran modeli (Charnes, Cooper ve Rhodes'un baş harflerinden oluşmaktadır), BCC (Banker, Charnes ve Rhodes) ölçeğe göre getiri modeli, toplamalı model ve çarpımlı model olmak üzere dört ana model geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Farklı modeller uygulandığında dahi elde edilen etkinlik değerlerinin güvenilir olduğu literatürde kanıtlanmıştır.

VZA, her bir karar birimlerinin göreceli etkinliğini, gözlemlenen girdi ve çıktıları kullanarak, ağırlıklı çıktıların ağırlıklı girdilere oranını hesaplayarak belirler. Her bir karar birimindeki her bir girdi ve çıktı için, bir optimizasyon prensibi çevresinde (simpleks metodu tekrarlanarak) ağırlıklar seçilir. Charnes, Cooper ve Rhodes farklı karar birimleri için ortak ağırlıklar belirlemenin zorluklarını göreyerek, her bir birimin diğer birimlerle karşılaştırıldığında kendisini en iyi durumda gösteren bir ağırlıklar kümesi benimsemenin uygun olacağını öne sürmüşlerdir. Farklı karar birimlerinin girdi ve çıktıları, bunlar tüm birimler için ortak girdi ve çıktılar olmasına karşın, farklı şekilde ağırlıklandırabileceklerini kabul etmişlerdir. Örneğin, göreceli etkinliği karşılaştırılmak istenen okulların çıktıları arasında müzik ve spor dallarında başarının yer aldığını göz önüne alırsak, farklı okulların bu dallardan herhangi birine verdiği önemin diğerlerinden farklı olabileceği açıktır.

### **3.6 LİTERATÜRDE ETKİNLİK VE VERİMLİK ÜZERİNE**

#### **HASTANE PERFORMANSI ÇALIŞMALARI**

Veri zarflama analizi bir işletmenin verimliliği fiziksel girdi ve çıktı ölçütleri ile ölçtüğünden teknik verimlilik ile sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda genellikle girdi değişkenleri olarak hastanelerin yatak sayıları, uzman hekim sayısı, hemşire sayısı, hastane giderleri, ameliyathane sayısı gibi analize dâhil edilmektedir. Çıktı değişkenleri

ise, ayakta tedavi olan hasta sayısı, ameliyat sayısı, yatak devir hızı, hastane döner sermaye gelirleri, ölüm ve doğum sayıları olarak belirlenebilir.

Temür ve Bakırcı (2008) Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı hizmet veren 81 ildeki 846 adet Devlet Hastanesinin (yataklı tedavi kurumlarının) iller ve bölgeler bazında 2003, 2004, 2005, 2006 yılları itibariyle performanslarının değerlendirmesini yapmışlardır. Performans değerlendirmesinde; hastanelere ait uzman ve pratisyen hekim sayıları, yatak sayısı ve döner sermaye harcamaları gibi değişkenler girdi olarak kullanılacak, poliklinikte ve yatarak tedavi gören hasta sayısı, ölen hasta sayısı, yapılan ameliyat sayıları, döner sermaye gelirleri ve doğum sayısı gibi değişkenler de çıktı olarak kullanılmıştır.

Güleş, Öğüt ve Özata, (2007), SSK hastanelerinin etkinlik düzeylerinin belirlenmesi ve etkin çalışmayan hastanelerde ne kadar girdi/çıktının atıl durumda bulunduğu tespit edilmesi amacıyla bir çalışma gerçekleştirilmiştir. VZA yöntemine girdi değişkeni olarak; yatak sayısı, uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı ve hemşire-ebe sayısı, çıktı değişkeni olarak ise; muayene sayısı, ameliyat sayısı ve yatan hasta sayısı alınmıştır.

Öztürk (2010) yaptığı çalışmada, üniversite hastanelerinin verimlilik düzeylerini VZA tekniğinden faydalanılarak ölçmeyi ve üniversite hastanelerinin verimliliğinin artırılmasında dış kaynak kullanımının etkisini ortaya koymayı amaçlamıştır. Araştırma kapsamında 39 üniversite hastanesinin 2007 yılı verileri kullanılmıştır. VZA yöntemi ile verimlilik ölçebilmek için girdi değişkeni olarak; yatak sayısı, uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı; çıktı değişkeni olarak ise; ayaktan muayene sayısı, yatan hasta sayısı, yatılan gün sayısı ve ameliyat sayısı alınmıştır.

Çalışma örneklerinin sayılarının arttırılması mümkündür. Ancak, veri zarflama analizi için ele alınacak olan değişkenlerde bir farklılık olmayacaktır. Hastaneler günümüzde bilgi teknolojilerinin gelişmesi ile beraber daha fazla veri üretebilmektedirler. Ancak, özellikle de ülkemizde hala hastane bilgi sistemlerinin istenilen seviyede kullanılmaması ya da etkin kullanılmaması nedeniyle hastanelere ait veri elde edilmesinde sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu nedenle hastaneler ile ilgili veri zarflama analizinde girdi ve çıktı değişkenleri benzerlik göstermektedir.

Veri zarflama analizinde dikkat edilmesi gereken bir diğer önemli husus ise karar birimlerinin seçimidir. Karar birimleri, kullandıkları kaynaklar ve ürettikleri çıktılardan

sorumlu birim olarak tanımlanmış olmalıdır. Aynı zamanda karar birimlerinin yaptıkları üretim açısından da birbirilerine oldukça benzer olmaları gerekmektedir. Aynı girdileri çıktılara dönüştürmeleri gerekirken, benzer ortamlarda yer alıyor olmaları çalışma sonuçlarının anlamlılığı açısından önemli görülmektedir (Karahana ve Özgür, 2009).

Veri zarflama analizi ile ilgili olarak yukarıda verilen tanımlamalar ışığında hastane verimlilik analizlerinin teknik anlamda değerlendirildiği sonucuna varılmaktadır. Ancak hastaneler sağlık hizmeti sağlayan kurumlardır. Sağlık hizmeti sağladıkları bireyler ise birbirleri ile ve toplumla devamlı etkileşim içerisinde ve buldukları çevredeki sağlığın sosyal belirleyicilerinden etkilenmektedirler. Bu kapsamda bireyleri sağlıklarına kavuşturmak amacı ile hizmet veren hastanelerin girdileri arasında insan unsuru da bulunmaktadır. Hastanelere her yıl buldukları ilin nüfus oranlarına göre binlerce birey gelmektedir. Bu bireyler doğal olarak sosyal statü, gelir, cinsiyet, eğitim vb. alanlarda çeşitlilik göstermektedirler. Bu kapsamda, hastanelerin de çevreleri ile sıkı bir etkileşim içerisinde olduğu düşünüldüğünde, karar birimleri olarak seçilen hastanelerin benzer ortamlarda yer almalarının yanında benzer bireylere hizmet vermeleri de önemli bir etken olacaktır. Çevre bireyin sağlığını etkileyecek ve birey de hastaneye gidecektir. Hastane çevrenin birey üzerindeki etki neticesinde doğal olarak ortamdan etkilenecektir. Bu durumda hastane çıktıları sağlığın sosyal belirleyicilerinden etkilenecektir. Çünkü, hastaneye gelen bireyler etkilenmektedir.



## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **4. SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ İLE HASTANE PERFORMANSLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA**

#### **4.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI**

Sağlık; ölçümlenmesi oldukça karmaşık tanımlama biçimi ile bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Her yıl bireylerin sağlıklarının korunması ileletilebilmesi için ülkeler kaynaklarından önemli bir miktarı sağlık sistemlerine aktarmaktadırlar. Kapsamı, sağlığı doğrudan etkileyen faaliyetler olan sağlık sistemleri birçok parçadan oluşmaktadır. Sağlık sistemleri içerisinde bireylere yönelik olarak sağlık hizmetlerinin verilmesinde en büyük rol hastanelerdedir. Hastaneler bugün, toplumda bireylerin ve toplumların sağlıklarının geliştirilmesi için önemli bir yere sahiptir. Bu önem hastanelerde tedavi edici hizmetler sunulurken, bir yandan da toplumu sağlık sorunlarından büyük ölçüde korumaya yönelik hizmetler sunuluyor olmasından kaynaklanmaktadır.

Hastaneler bir sistem yaklaşımı içinde ele alınıp tanımlanabilir. Buna göre hastaneler; dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını gene aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Bu sistemin etkin bir şekilde çalışabilmesi için kaynaklarının amaçlara en uygun şekilde dağıtılması gereklidir. İşte bu nedenle sahip oldukları kaynaklarının daha verimli bir şekilde kullanılabilmesi için performanslarının değerlendirilmesi zorunluluğu bulunmaktadır. Hastane performansının ölçülmesi üzerine birçok ülkede literatürde çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmaların amacı, hastane performanslarını ölçerek kalite seviyelerinin artırılmasıdır.

Hastaneler çevreleriyle sürekli bir alış veriş içerisindeyler. Bu etkileşim neticesinde, hastanelerin elde ettikleri performans çıktıları buldukları ortamların özelliklerinden etkilenecektir. Bireyleri sağlığına kavuşturma görevini üstlenmiş olan hastanelerin performans çıktıları aynı zamanda bireylerin sağlığını etkileyen sosyal

faktörlerden de etkilenecektir. Bu kapsamda, konusu “Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi”, olan çalışmada sağlığı etkileyen sosyal belirleyiciler ile hastane performansları arasındaki ilişki istatistiksel analiz teknikleriyle ortaya konmaya çalışılacaktır.

İlişkinin analiz edilebilmesi için, toplam 28 farklı il merkezleri ve ilçelerinde faaliyet gösteren kamu hastanelerine ilişkin performans çıktıları ile hastanelerin buldukları yerlere ilişkin sosyoekonomik değişkenlere ait değerler kullanılmıştır. Veriler Ek-1’de sunulmaktadır.

Hastanelere ilişkin olarak analize dahil edilen performans değerleri Sağlık Bakanlığı’nın 2001 senesine ait Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığından elde edilmiştir. Çalışmada toplam 177 hastaneye ait veriler kullanılmıştır.

Hastanelerin buldukları ilçelere ilişkin olarak veriler, 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarından elde edilmiştir. İlgili veriler, Devlet Planlama Teşkilatı’nın 2004 yılında yapmış olduğu “İlçelerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması” isimli çalışmadan derlenmiştir.

## **4.2 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

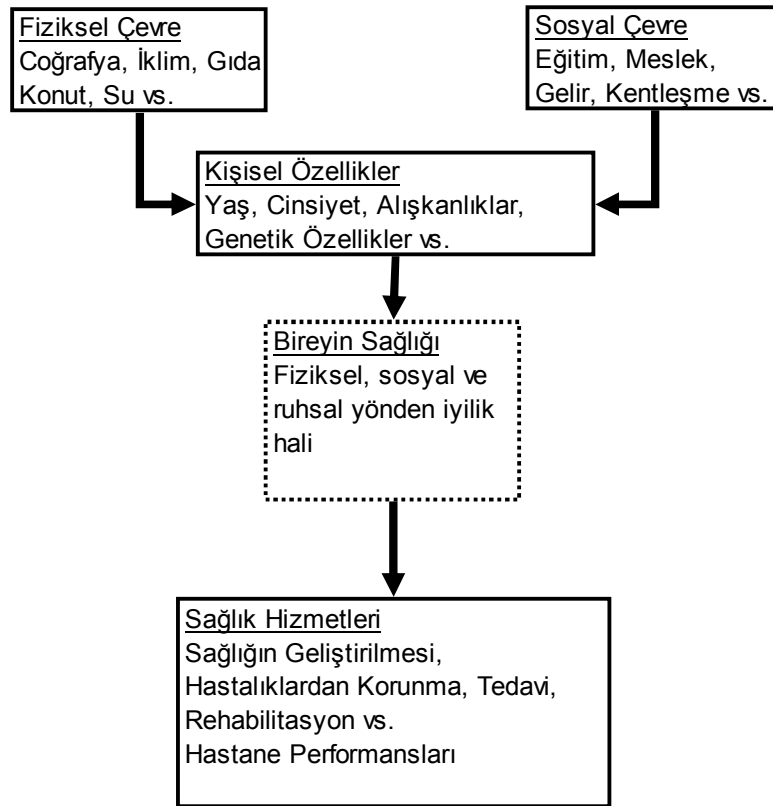
Literatürde, sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicileri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Sağlık sisteminin bir unsuru olan hastaneler ile sosyal belirleyiciler arasındaki bir ilişkinin varlığı ise araştırma konusu olmamıştır.

Hastaneler ile ilgili literatürde yapılan verimlilik ve etkinlik analizleri ise, hastaneler ile sosyal belirleyiciler arasındaki ilişkinin performans değerlerine etki edebileceğini göz ardı etmektedir. Bu çalışmada, sosyal belirleyiciler ile hastane performansları arasında bir ilişkinin var olduğunu çalışmanın sınırları dahilinde gösterilecektir. Böyle bir ilişkinin varlığı, etkinlik ve verimlilik analizlerinde kullanılan karar birimlerine etki eden çevresel faktörlerinin de dikkate alınması gerekliliğini gösterecektir.

## **4.3 ARAŞTIRMANIN MODELİ**

Bireylerin sağlığı buldukları çevre, aldıkları eğitim, erken yaşam kalitesi, iş ortamı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Sağlık hizmeti veren hastanelerin de birincil müşterileri toplumda yaşayan bireyler olduğuna göre, bireylerin sağlığına etki eden

faktörler hastanelerin de performans göstergelerine etki edecektir. Şekil 4.1’de araştırmanın modeli verilmektedir.



Şekil 4.1 Araştırmanın Modeli

#### 4.4 ARAŞTIRMANIN SINIRLARI

Çalışmada sosyoekonomik değişkenlere ait veriler 2000 yılına ait, hastanelerin performans göstergelerine ait değerler de 2001 yılına aittir. Verilerin arasındaki ilişki araştırıldığından daha yakın yıllara ait değerlerin seçilmesi gerekliliği bulunmamaktadır. Verilerin alındığı yıllarda ki sağlık sistemleri her iki değişken grubu için aynı özellikleri taşımaktadır. 2001 yılında Sağlıkta Tek Çatı uygulamasına geçilmemiş ve SSK hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı hastaneleri olarak iki farklı kamu hastanesi bulunmaktadır. Hastane performanslarına ait veriler için branş, askeri ve araştırmaya ait değişkenlerin değerleri eksik olan hastaneler analizden çıkartılmıştır. Analiz toplamda 177 adet hastane için yapılmıştır. Çalışmanın sonuçları, analize dahil edilen verilerin yorumlanması ile sınırlıdır.

## 4.5 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Ele alınan iki değişkenden hangi değişkenin bağımsız hangisinin bağımlı olduğuna bakılmaksızın, iki değişkenin birlikte artmaları, azalmaları veya ters ilişki göstermeleri birlikte değişim olarak ifade edilmektedir. İstatistikte değişkenler arasındaki birlikte değişimin ölçüsü korelasyon katsayısı ile ortaya konmaktadır. Çalışmalarda, incelenen değişkenler ( $Y_i, X_i$   $i=1,2,\dots,n$ ) normal dağılış gösterdiğinde iki değişken arasındaki ilişkinin derecesini ve yönünü göstermek amacıyla en yaygın kullanılan katsayı Pearson Korelasyon Katsayısı'dır (4.1). Pearson Korelasyon Katsayısı -1 ile 1 arasında değer alır. Pearson Korelasyon Katsayısı'nın negatif değer alması iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin ters yönlü olduğunu gösterir.

$$r_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\left[ \sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2 \cdot \sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2 \right]^{1/2}} = \frac{S_{xy}}{\sqrt{S_{xx} \cdot S_{yy}}} \quad 4.1$$

İki ve daha fazla değişken içeren iki değişkenler kümesi  $Y_1, Y_2, \dots, Y_p$  ve  $X_1, X_2, \dots, X_p$  şeklinde ifade ediliyor ise, bu kümeler arasındaki ilişkiyi belirlemek için doğrusal bileşenler aracılığıyla değerlendiren Kanonik Korelasyon Analizi kullanılmaktadır (Çankaya, 2005).

Kanonik korelasyon analizinin amaçları aşağıdaki başlıklarla sıralanabilir.

- a) Aynı bireyden elde edilen iki değişken kümesinin istatistiksel olarak birbirinden bağımsız olup olmadığının test edilmesi,
- b) Kümeler arası korelasyona en fazla katkıda bulunan her iki değişken kümesindeki değişkenlerin belirlenmesi,
- c) Bağımsız ve bağımlı değişken kümelerine ait değişkenler arasındaki korelasyonu maksimum yapan doğrusal kombinasyonların belirlenmesi

Kanonik korelasyon analizi ayrıca, aşağıdaki amaçlarla da kullanılmaktadır.

- a) Bir değişken kümesinin diğer bir değişken kümesi tarafından ne ölçüde açıklanabildiğinin belirlenmesi,

- b) Bir kanonik değişkenin dahil olduğu değişkenler kümesinin açıklayıcı gücüne ne ölçüde katkı sağlayabildiğinin belirlenmesi,
- c) Bir kanonik değişkenin dahil olmadığı değişkenler kümesinin açıklayıcı gücüne ne ölçüde katkı sağlayabildiğinin belirlenmesi,
- d) Farklı kanonik fonksiyonların ilişkileri açıklamak ya da tahmin etmedeki nispi (görelî) gücünün ne kadar olduğunun belirlenmesi.

Kanonik korelasyon analizi de diğer çok değişkenli analiz tekniklerinde olduğu gibi aşağıdaki genel model oluşturularak uygulanmaktadır (4.2).

$$a_1 Y_1 + a_2 Y_2 + a_3 Y_3 + \dots + a_n Y_n = b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_3 X_3 + \dots + b_n X_n \quad 4.2$$

Kanonik Korelasyon Analizi, her biri orijinal değişkenlerin ağırlıklı kombinasyonunu temsil eden iki değişken olan kanonik varyeteler arasındaki korelasyonu ifade eder. Korelasyon analizinin uygulanmasında ilk aşama, doğrusal bileşenler arasındaki korelasyonu maksimize eden, birim varyanslı ve birbirinden bağımsız, kanonik değişken adı verilen kanonik fonksiyonlar elde etmektir. Her fonksiyon bir kanonik değişken çiftine sahiptir. Bu kanonik değişkenlerden ilki birinci değişken kümesini, diğeri ise ikinci değişken kümesini ifade eder. Değişken kümesinden elde edilecek maksimum kanonik değişken (fonksiyon) sayısı az sayıda olan değişken kümesinin değişken sayısına eşittir. Kanonik fonksiyonların elde edilmesinde temel nokta iki değişken kümesi arasındaki ilişkinin olabilecek en yüksek miktarının ortaya konulması gereğidir. İlk kanonik değişken çifti, iki değişken kümesi arasında en yüksek korelasyona sahip olacak şekilde elde edilir. İkinci kanonik değişken çifti, ilk kanonik değişken çifti tarafından hesaba alınmayan iki değişken kümesi arasındaki maksimum ilişkiyi ortaya koyar ve her ek fonksiyon elde edildikçe kanonik korelasyonun değeri azalır. Kanonik korelasyonun karesine kanonik kök ya da öz değer adı verilir.

Yukarıda bahsedilmiş olan süreç aşağıdaki denklemler ile ifade edilebilir.  $X_1, X_2, \dots, X_p$  olarak ifade edilen p adet ve  $Y_1, Y_2, \dots, Y_q$  olarak ifade edilen q adet değişken söz konusu olsun. Bu iki değişken kümesi arasındaki doğrusal ilişkiler (kanonik değişken / kanonik fonksiyonlar):

$$\begin{aligned}
u_1 &= a_{11}X_1 + a_{12}X_2 + \dots + a_{1p}X_p \\
u_2 &= a_{21}X_1 + a_{22}X_2 + \dots + a_{2p}X_p \\
&\vdots \\
u_r &= a_{r1}X_1 + a_{r2}X_2 + \dots + a_{rp}X_p
\end{aligned} \tag{4.3}$$

$$\begin{aligned}
v_1 &= b_{11}Y_1 + b_{12}Y_2 + \dots + b_{1q}Y_q \\
v_2 &= b_{21}Y_1 + b_{22}Y_2 + \dots + b_{2q}Y_q \\
&\vdots \\
v_r &= b_{r1}Y_1 + b_{r2}Y_2 + \dots + b_{rq}Y_q
\end{aligned}$$

denklikleriyle gösterilir. R, değişken kümeleri arasında değişken sayısı az olan kümedeki değişken sayısına eşittir. İki değişken kümesi arasındaki ilişkiler  $u_1$  ve  $v_1$  arasındaki korelasyonu maksimum kılacak şekilde seçilir  $(u_1, v_1), (u_2, v_2) \dots (u_r, v_r)$  ile gösterilen kanonik değişken çiftleri iki değişken kümesi arasındaki ilişkide bağımsız bir boyutu temsil eder İlk kanonik değişken çifti en yüksek korelasyonu temsil ederken, ikinci kanonik değişken çifti ikinci en yüksek korelasyonu temsil eder. Diğer kanonik varyete çiftlerinde ise korelasyon giderek azalır (Ünlükaplan, 2009: 240).

Kanonik korelasyon analizinin sonuçlarının yorumlama aşamasında farklı yöntemler takip edilebilir. Kanonik fonksiyonlardaki katsayıların büyüklük ve işaretinin incelenmesi yanında her değişkenin kendi kanonik değişkeni içerisindeki kanonik ağırlıklarının (standartlaştırılmış ağırlıklar) işareti ve büyüklüğü de ele alınabilir. Büyük ağırlığa sahip değişkenler büyük katkıda bulunurken, düşük ağırlıklı değişkenler daha düşük katkıda bulunur. Ters işaretli ağırlıklara sahip değişkenler her biriyle ters bir ilişkiyi, aynı yönde işaretli ağırlıklar ise aynı yönde ilişkiyi gösterir.

Analiz sonuçlarının yorumlanmasında diğer bir seçenek kanonik yükleri yani değişken kümelerindeki değişkenler ile kümenin değişkeni arasındaki korelasyonu incelemektir. Elde edilen katsayının değerinin yüksek olması ilgili değişkenin kanonik değişkenin hesaplanmasındaki önemini göstermektedir.

Son seçenek kanonik çapraz yükleri incelemektir. Amaç, kümedeki her değişkenin diğer kümenin kanonik değişkeni ile arasındaki korelasyonu ortaya koymaktır. Kanonik çapraz yüklerin incelenmesi kümeler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde daha doğrudan bilgi verir.

Yukarıda bahsedilen yöntemlerden farklı olarak Kanonik Korelasyon Analizinin sonuçlarına ek katkı sağlaması açısından her iki kümedeki değişkenler arasındaki korelasyona da bakılabilir. Oluşturulacak korelasyon matrisinin iki kümenin değişkenlerinden oluşması gerekmektedir.

Kanonik Korelasyon Analizi SPSS 15.0 programında yapılmıştır.

#### **4.6 ANALİZİ VE YORUMLANMASI**

Kanonik Korelasyon Analizi, hastane performansları kümesi ve sosyoekonomik değişkenler kümesi arasındaki ilişkinin varlığını araştırmak için kullanılmıştır. Bu analizde kullanılan değişkenlere ait tanımlar aşağıda verilmektedir.

Gelişen bir ekonomide nüfus ve nüfusun özellikleri, kaynakların sosyal ve ekonomik sektörler arasındaki dağılımını büyük ölçüde etkilemektedir. Nüfusun etkisini ölçmek amacıyla, şehirleşme oranı değişkeni kullanılmıştır. Ortalama hanehalkı büyüklüğü, hanehalkı üyelerinin faydalanabilecekleri kaynakların üyeler arasındaki dağılımını ortaya koyduğundan az gelişmişliğin göstergeleri arasında kabul edilmektedir. İlçelerdeki temel ekonomik faaliyetlerin yapısı istihdamın sektörel dağılımıyla ortaya konulabilmektedir. Sosyoekonomik gelişmeyle birlikte, toplam istihdam içinde, tarım sektörünün payı, görece olarak gerilerken sanayi ve hizmetler sektörlerinin payı artmaktadır. Bu kapsamda sanayi, hizmet ve tarım işkollarında çalışanların toplam istihdam içerisindeki payları istihdam göstergeleri arasında yer almıştır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri incelendiğinde, gelişmişlik düzeyleri ile o ülkede yaşayan toplumun eğitim seviyesi arasında güçlü bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek bir toplum, kültürel ve ekonomik değerlerin üretilmesinde temel unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Eğitim düzeyinin birincil göstergesi olan okuryazar nüfus oranı analizde yer almıştır. Bu çalışmada sosyoekonomik değişken olarak kullanılan ve her bin canlı doğan bebek için bir yaşını doldurmadan ölen bebek sayısını gösteren bebek ölüm oranı, ilçelerdeki sağlık hizmetlerinin yaygınlığı, eğitim ve kültür düzeyi, ekonomik olanaklar gibi sosyoekonomik unsurlar açısından bir gösterge niteliğinde olup, gelişmeyle ters orantılıdır(Dincer ve Özaslan, 2004).

Sosyoekonomik ve Hastane performansı değişkenleri arasında ilişki olup olmadığının araştırılması için Kanonik Korelasyon analizi uygulanmıştır. Kanonik korelasyon analizine sağlığın sosyal belirleyicilerini temsil eden sosyoekonomik değişkenler ile

seçilmiş hastane çıktı performans değişkenleri dahil edilmiştir. Kanonik korelasyon analizine dahil edilen sosyoekonomik değişkenler ve Hastane performans çıktı değişkenleri listesi Tablo 4.1’de verilmektedir.

**Tablo 4.1 Kanonik Korelasyon Analizinde Kullanılan Değişkenler**

<b>HASTANE PERFORMANSI DEĞİŞKENLERİ</b>	<b>İSİM</b>
Poliklinik Sayısı	<b>h4</b>
Büyük Ameliyat Sayısı	<b>h8</b>
Orta Ameliyat Sayısı	<b>h9</b>
Küçük Ameliyat Sayısı	<b>h10</b>
Ortalama Kalış Süresi (Gün)	<b>h13</b>
Yatak Devir Hızı (Hasta)	<b>h14</b>
<b>SOSYOEKONOMİK DEĞİŞKENLER</b>	
Şehirleşme Oranı (%)	<b>x2</b>
Ortalama Hanehalkı Büyüklüğü	<b>x6</b>
Tarım Sektöründe Çalışanlar Oranı (%)	<b>x7</b>
Sanayi Sektöründe Çalışanlar Oranı (%)	<b>x8</b>
Hizmetler Sektöründe Çalışanlar Oranı (%)	<b>x9</b>
İşsizlik Oranı (%)	<b>x10</b>
Okur Yazar Oranı (%)	<b>x11</b>
Bebek Ölüm Oranı (%)	<b>x12</b>
Fert Başına Genel Bütçe Geliri (Bin TL)	<b>x13</b>

Çalışmada kullanılan değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.2’de verilmektedir.

**Tablo 4.2 Kanonik Korelasyon Analizinde Kullanılan Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler**

Değişken	Ortalama	Std. Sapma
h4	185206,45	180876,09
h8	894,71	1313,53
h9	826,75	932,79
h10	329,02	405,64
h13	4,88	3,30
h14	42,40	18,85
x2	56,95	19,53
x6	4,74	1,30
x7	56,36	19,34
x8	9,11	7,44
x9	34,54	15,88
x10	8,46	5,35
x11	85,62	6,87
x12	39,47	10,99
x13	132797,27	134905,03



Korelasyon analizi sonuçlarına ilişkin değerlendirmelere geçmeden önce, Tablo 4.3’de verilen değişkenlere ilişkin korelasyon matrisini incelemek gerekir. Korelasyon matrisi iki değişken arasındaki Pearson korelasyon katsayıları değerlerini verecektir. Her bir Katsayı 0,05 anlamlılık seviyesinde test edilecektir.

**Tablo 4.3 Kanonik Korelasyon Analizinde Kullanılan Değişkenlere Ait Korelasyon Matrisi**

		h4	h8	h9	h10	h13	h14
x2	Pearson Korelasyon	0,57	0,54	0,52	0,51	0,29	0,10
	Anlamlılık	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18
x6	Pearson Korelasyon	-0,21	-0,18	-0,17	-0,30	-0,10	0,06
	Anlamlılık	0,01	0,01	0,03	0,00	0,18	0,46
x7	Pearson Korelasyon	-0,64	-0,63	-0,60	-0,61	-0,31	-0,11
	Anlamlılık	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15
x8	Pearson Korelasyon	0,37	0,38	0,28	0,33	0,15	0,08
	Anlamlılık	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,31
x9	Pearson Korelasyon	0,60	0,59	0,60	0,59	0,30	0,10
	Anlamlılık	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21
x10	Pearson Korelasyon	0,31	0,27	0,30	0,21	0,16	0,10
	Anlamlılık	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,18
x11	Pearson Korelasyon	0,23	0,26	0,23	0,32	0,13	-0,03
	Anlamlılık	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,68
x12	Pearson Korelasyon	-0,05	-0,04	-0,06	-0,10	-0,02	-0,07
	Anlamlılık	0,47	0,64	0,40	0,17	0,84	0,37
x13	Pearson Korelasyon	0,38	0,32	0,32	0,38	0,31	0,11
	Anlamlılık	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15

Tablo 4.4’de koyu renk ile gösterilmiş olan değişkenlere ait anlamlılık düzeyleri 0,05’ten küçüktür. Yani bu değişkenler arasında hesaplanan korelasyon katsayısı değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tablo 4.4’ye göre hastane performans çıktı değişkenleri ile sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişkiler tek tek incelenecek olursa dikkat çeken Bebek Ölüm Oranı (x12) değişkeni hiçbir değişken ile anlamlı ilişkiye sahip değildir. Hanehalkı üyelerinin faydalanabilecekleri kaynakların üyeler arasındaki dağılımını ortaya koyduğundan Ortalama Hanehalkı Büyüklüğü (x6) değişkeni ise, hastane çıktı performans değişkenlerinden h4, h8, h9 ve h10 ile negatif yönlü bir ilişkiye sahiptir. Ancak, tek tek değişkenler arasındaki anlamlı ilişkileri yorumlamak değişken kümeleri arasındaki ilişkiyi yorumlamak kadar etkili olamayacaktır. Değişkenleri ait oldukları kümeler arasındaki ilişkileri Kanonik

Korelasyon Analizi ile yorumlanması sosyoekonomik değişkenlerin hastane çıktı performans değerleri üzerine etkisinin gözükmesine yardımcı olacaktır.

Kanonik korelasyon analizi sonucunda toplam hesaplanacak kanonik korelasyon sayısı en küçük değişken sayısına sahip kümenin eleman sayısı kadar olacaktır. Çalışmamızda en küçük değişken sayısına sahip küme hastane performans değerleri olduğundan toplam altı adet kanonik korelasyon değeri hesaplanabilir. Kanonik korelasyon değeri, bulunan kanonik değişkenlerin birbirileri ile ne kadar kuvvetli bir ilişkiye sahip olduklarını gösteren bir katsayıdır ve  $R_c$  ile gösterilir. Çalışmada hesaplanan kanonik korelasyon değerleri ve Wilks lamda anlamlılık testi sonuçları Tablo 4.4'de verilmektedir.

**Tablo 4.4 Kanonik Korelasyon Katsayıları ve Anlamlılık Testi Sonuçları**

	$R_c$	Wilk's	Chi-SQ	DF	Sig.
1	0,731	0,36	171,496	54	0
2	0,312	0,773	43,182	40	0,337
3	0,26	0,857	25,965	28	0,575
4	0,232	0,919	14,219	18	0,715
5	0,128	0,971	4,894	10	0,898
6	0,111	0,988	2,1	4	0,717

Tablo 4.5'e göre Kanonik Korelasyon Analizi sonucuna göre sadece ilk kanonik korelasyon katsayısı 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur ( $R_c = 0,73$ ).  $R_c$  0 ile 1 arasında değer alabildiğinde hesaplanan  $R_c$  makul bir değerdir.

Kanonik korelasyonda diğer bir adım da analize dahil edilen değişkenlerin varyans açıklama oranlarıdır. Öncelikle her değişken kümesi kendi kanonik değişkenindeki varyansın ne kadarını açıkladığına, daha sonra aynı kanonik fonksiyonu oluşturan diğer kanonik değişkendeki varyansın ne kadarını açıkladığına bakılır. Bu oranın %25 ve yukarısında olması istenir (Kerimati, 2007).

**Tablo 4.5 Hastane Çıktı Değişkenlerinin Kanonik Değişkenleri Açıklama Yüzdeleri**

	Hastane Çıktı Açıklanan varyans %	Sosyoekonomik Açıklanan varyans %
1	0,541	0,289
2	0,093	0,009
3	0,046	0,003
4	0,095	0,005
5	0,142	0,002
6	0,083	0,001

**Tablo 4.6 Sosyoekonomik Değişkenlerin Kanonik Değişkenleri Açıklama Yüzdeleri**

	Sosyoekonomik Açıklanan varyans %	Hastane Çıktı Açıklanan varyans %
1	0,41	0,219
2	0,047	0,005
3	0,063	0,004
4	0,16	0,009
5	0,088	0,001
6	0,079	0,001

Analiz sonucunda verilen Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'ya göre hastane performans çıktı değişkenlerinin kendi kanonik değişkeninin varyansını açıklama yüzdesi 0,54'dür. Aynı zamanda diğer kanonik değişkeni açıklama yüzdesi de, 0,29'dur. Sosyoekonomik değişkenlerin kendi kanonik değişkeninin varyansını açıklama yüzdesi, 0,41 ve diğer kanonik değişkeni açıklama yüzdesi de 0,22'dir. Verilen bu rakamlar 0,25 ve üzerinde olduğu için açıklama yüzdeleri yeterli sayılabilir. Bir diğer hususta, Wilks Lamda testine göre anlamlı bulunmayan kanonik fonksiyonlara ait açıklama yüzdelerinin dramatik bir şekilde düşük olmasıdır. Bu durum da diğer kanonik fonksiyonların değişkenliği açıklamadan uzak olduğunu göstermektedir.

Analiz sonucunda sadece birinci kanonik fonksiyon anlamlı bulunduğundan bu fonksiyona ait kanonik yüklere ve çapraz kanonik yüklere bakılması yeterli olacaktır. Kanonik yükler, her bir değişken kümesinin ilgili kanonik fonksiyona ait kanonik değişkeni ile olan ilişki hakkında bilgi vermektedir. Tablo 4.7'de sonuçlar verilmektedir.

**Tablo 4.7 Kanonik Yükler ve Kanonik Çarpaz Yükler**

Hastane Çıktı Değişkenler	Kanonik Yükler	Kanonik Çarpaz Yükler
h4	-0,883	-0,645
h8	-0,871	-0,636
h9	-0,856	-0,625
h10	-0,873	-0,638
h13	-0,439	-0,321
h14	-0,144	-0,105
Sosyoekonomik Değişkenler	Kanonik Yükler	Kanonik Çarpaz Yükler
x2	-0,849	-0,62
x6	0,357	0,261
x7	0,975	0,713
x8	-0,555	-0,406
x9	-0,928	-0,678
x10	-0,426	-0,311
x11	-0,413	-0,302
x12	0,095	0,069
x13	-0,598	-0,437

Tablo 4.8'e göre, hastane çıktı değişkenleri içerisinde kendi kanonik değişkenine en büyük katkıyı yapan poliklinik sayısıdır. En az katkıyı yapan yatak devir hızıdır. Sosyoekonomik değişkenler içerisinde de kendi kanonik değişkeni ile en kuvvetli ilişkiye sahip olan değişken ise, Tarım sektöründe çalışanların oranıdır. En az seviyede ilişkiye sahip değişken ise, bebek ölüm oranıdır.

Tablo 4.8 incelendiğinde, sosyoekonomik değişkenler içerisinde yer alan ortalama hane büyüklüğü, tarım sektöründe çalışanların oranı ve bebek ölüm oranı kendi değişken kümesi ile ters yönde ilişkiye sahiptir. Bunun anlamı, bu değişkenlerde meydana gelecek olan bir artış, diğer değişkenlerde azalmaya neden olacaktır. Aynı zamanda bu değişkenlerin diğer kanonik değişkenle olan ilişkilerine bakıldığında kanonik çarpaz yüklerinin pozitif işaretli olduğu görülmektedir. Bebek ölüm oranı değişkeninin ilişki kuvveti oldukça düşük iken, tarım sektöründe çalışanların oranı değişkeni nispeten kuvvetli bir ilişkiye sahiptir. Ancak, bu değişkenlerin kanonik çarpaz yükleri pozitif işaretli iken, bu kanonik değişkene ait hastane çıktı değişkenleri negatif işaretlidir. Bunun anlamı, hastane çıktı değişkenleri Kanonik Korelasyon analizi sonuçlarına göre, ortalama hane büyüklüğü, tarım sektöründe çalışanların oranı ve bebek ölüm oranı ile ters yönde bir ilişkiye sahiptir. Yani, bu değişkenlerde meydana gelebilecek olan bir azalma hastane çıktılarında düşüşe neden olacaktır.

İlgili sosyoekonomik değişkenlerin yapılarına bakıldığında bu durum şaşırtıcı değildir. Sosyoekonomik gelişmeyle birlikte, toplam istihdam içinde, tarım sektörünün payı, görel olarak gerilemektedir. Doğal olarak tarım sektöründe çalışanların payı arttıkça sosyoekonomik düzeyde gerileyecek ve bireylerin sağlık davranışları olumsuz etkilenecektir. Bireyler belki de sağlık eğitimi kapsamında hastaneye gitme davranışından yoksun olacaklardır. Ortalama hanehalkı büyüklüğü ise hanehalkı üyelerinin faydalanabilecekleri kaynakların üyeler arasındaki dağılımını ortaya koyduğundan az gelişmişliğin göstergeleri arasında kabul edilmektedir. Bireye düşen hane içerisindeki kaynağın azalmasıyla beraber, birey hastane için gerekli maliyeti karşılamadan uzak kalabilecektir. Böylelikle hastaneden de uzak kalacaktır. Bebek ölüm oranı, ilçelerdeki sağlık hizmetlerinin yaygınlığı, eğitim ve kültür düzeyi, ekonomik olanaklar gibi sosyoekonomik unsurlar açısından bir gösterge niteliğinde olup, gelişmeyle ters orantılıdır. Zaten bu değişken kendi içerisinde sağlık sistemi performans göstergesi olarak ele alınabilmektedir. Bebek ölüm oranının yaygın olduğu yerlerde bireylerin sağlık koşulları da olumsuz izlenimler gösterecektir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık bireylerin ve toplumların refah seviyesi için vazgeçilmez bir önceliğe sahiptir. Sağlığı yerinde olmayan birey toplumsal ödevlerini yerin getiremez ve fayda yaratamaz. Sağlık, halk arasında genel anlamıyla hasta olmamak olarak tanımlanır. Literatüre göre sağlık sübjektif bir olgudur ve bireylerin kendilerini değerlendirme durumlarına göre değişiklik göstermektedir. Bireyler kendilerini sağlıklı ya da, sağlıksız olarak değerlendirebilmektedirler. Eğer sağlık sadece bu değerlendirme çerçevesinde ele alınıyor olsaydı kimin gerçekten hasta ya da sağlıklı olup olmadığı bilinemezdi. Bu nedenle, sağlığa bilimsel bir tanımlama getirilmesi mecburiyeti bulunmaktadır. Buna göre, sağlık üç temel boyutta iyi olma hali olarak tanımlanmıştır. Bunlar, fiziksel iyi olma hali, ruhsal iyi olma hali ve sosyal iyi olma halidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tarafından yapılan bu tanımlama ile sağlık sadece tıbbi bir olgu değil aynı zamanda sosyal bir boyut kazanmıştır. Bu tanım, bir insanın üç boyutta birden iyilik halini sağlamanın zorluğu yüzünden eleştiri almaktadır. Eğer her üç boyutta birden iyi olma hali sağlıklı olma olarak tanımlanırsa dünya üzerinde sağlıklı insan olmayacağı kesindir.

Sağlığın tanımlanmasında ki güçlük onu etkileyen faktörlerin çokluğundan kaynaklanmaktadır. Sağlık bir toplumun özelliklerini belirleyen kültürden ve sosyal yapıdan etkilendiği gibi, biyolojik ve genetik özelliklerden de etkilenmektedir.

Sanayi devriminden sonra insanların büyük şehirler kurup bu alanlarda yaşamayı tercih etmeleri ve yeni ortak yaşam alanları yaratmaları sonucunda sağlığı etkileyen birçok sosyal faktör olduğu gözlemlenebilir hale gelmiştir. Sağlığı etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik olarak veriler toplanmış ve ilk defa olarak sağlık yoksulluk arasındaki ilişki ortaya konulabilmiştir.

Bireyler içerisinde yaşadıkları toplum ile devamlı olarak alış veriş içerisindeyler. Bu süreç bireylerin her türlü dış etkenlere açık olması sonucunu beraberinde getirmektedir. Bireylerin kişilikleri, bilgileri, tecrübeleri bu etkileşim neticesinde şekillenmektedir. Sosyal bir olgu olan bireylerin sağlıkları da bu etkileşimin sonucu olarak dış etkenlere açıktır. Bir toplumda en üst seviyeden en alt seviyeye inildiğinde sosyal hiyerarşinin her basamağında sağlık daha kötü şartlar gösterecektir. Orta tabakada bulunan insanlar bile kendilerinden daha üst tabakalardaki insanlardan daha kötü sağlık seviyesine sahip olabilmektedirler. Sağlık Sosyoekonomik düzeyin düşük olması sağlık şartlarının da bozulması sonucunu doğuracaktır. Diğer taraftan

sosyoekonomik seviyenin yükselmesiyle beraber, sağlık şartlarında da iyileşme meydana gelecektir.

Bu ilişkiyi belirleyen faktörler sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri en genel tanımla, insanların bir sağlık sistemi içerisindeki doğum, büyüme, yaşam ve çalışma koşulları olarak tanımlanabilir. Bu koşullar toplumdan topluma farklılık göstermekte ve küresel sermaye, güç ve kaynak dağılımından etkilenmektedirler. Sağlığın sosyal belirleyicileri oldukça yeni bir tanımlamadır. Bu başlık altında sayılan büyük faktörlerin sağlığa doğrudan ya da dolaylı etkileri olduğu çalışmalara konu olmuştur. Küreselleşme, toplumsal cinsiyet, kentleşme gibi kavramlar bu yapılanma sonucunda daha çok çalışmanın konusunu oluşturmaya başlamıştır.

Sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlığı geliştirmek için hangi konulara önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Çocukların çevresel şartlarının iyileştirilmesiyle, daha iyi bir eğitimle, yetişkinler için sosyal olarak destekleyici programlar ile, istihdamın artırılmasıyla, sağlığın geliştirilebileceği sosyal belirleyicilerin gösterdiği birkaç çalışma konusudur.

Toplumların sağlık seviyelerinin iyileştirilebilmesi için sosyal belirleyicilere daha fazla önem verilemesi gereklidir. Bireylerin sağlığı anayasalar garanti altına alındığına göre, sağlığı korumakla yükümlü olan politika yapıcılar sosyal belirleyicileri merkezinde politikalar geliştirmelidirler. Toplumların eğitim seviyelerini iyileştirmeye yönelik, istihdamın artırılmasına yönelik, toplu taşımaya yönelik, çalışma şartlarının iyileştirilmesine yönelik gibi politikalar bunlara örnek olarak gösterilebilir. Eğitim seviyesinin iyileştirilebilmesi doğrudan sağlık ile ilgili olmasa da sağlık üzerine dolaylı bir etkisi olacaktır. Toplu ulaşım uygulamaları, bireylerin yaşadıkları çevredeki kirliliklerin azalmasına ve sosyal yalıtımın önüne geçebilecektir. Hangi tür politika geliştirilirse geliştirilsin, sosyal belirleyicilerin göz ardı edilmesi, toplumların sağlık seviyelerinin iyileştirilmesinin önüne geçecektir.

Toplumların sağlıklarını tedavi edilmesi, korunması ve rehabilite edilmesi sağlık sistemlerinin üstlendikleri görevlerdir. Sağlık sistemleri bu görevleri yerine getirmek için gerekli kaynakların bir araya getirildiği ve kullanıma sunulduğu bir sistemdir. Sağlık sistemi sosyal bir sistemdir ve diğer sosyal sistemler ile etkileşime sahiptir. Bu etkileşimin neticesinde sağlık sisteminin sınırlarının çizilmesi oldukça zorlaşmaktadır. Ancak, sağlık sisteminin tanımının yapılabilmesi için sınırlarının çizilmesi

gerekmektedir. DSÖ tarafından yapılan tanım çerçevesinde sağlık sisteminin sınırları, ana amacı sağlık olan faaliyetler olarak alınmıştır. Burada yola çıkarak eğitim sistemi sağlık sistemi içerisinde dâhil edilmez. Ancak, sağlık uygulamaları eğitimler sağlık sistemi faaliyetleri arasında sayılabilir.

Sağlık sistemlerinin dört ana unsuru bulunmaktadır. Bunlar yönetim, finansman, kaynakların yaratılması ve hizmet sunumudur. Yönetimler sağlık hizmeti sunmak için gerekli olan kaynakları sağlamak ve gerekli finansmanı kullanıma sunarak sağlık hizmetlerinin sunumuna yönlendirmekle yükümlüdürler. Sağlık, bu sistemin ana amacıdır. Diğer sosyal sistemler ile ortak olan beklentilerin karşılanması ve adil finansman amaçlarına da sahiptir.

Yönetimlerin, sorumluluğu bir ülkenin sağlık sisteminin güçlü olmasında tek etken değildir. Geliştirilen politikalar ne kadar iyi olursa olsun, bunların uygulanmasında doğrudan etkili olan bölgesel yönetimler ve özel sağlık kurumları da yaşamsal öneme sahiptirler. Sağlık sistemi içerisinde maddi ve beşeri olmak üzere birçok kaynak bulunmaktadır. Bu kaynakların en önemlileri yetişmiş sağlık personelidir. Aynı zamanda sağlık sistemleri sadece beşeri kaynakları sağlamak ile yetinmeyip gelişimin bir aracı olan eğitim ve yatırım faaliyetlerini de gerçekleştirmelidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki temel yöntem kullanılmaktadır. Günümüz dünyasında karşımıza her iki yöntemi birden kullanan karma bir yapı çıkmaktadır. Sağlık sisteminin dördüncü unsuru ise hizmet sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunun yapı taşı ise hastaneler oluşturmaktadır.

Sağlık sistemi içerisinde bulunan hastaneler buldukları çevreden etkilenmektedir. Açık ve dinamik bir sistem olan hastaneler hizmet işletmeleri olmalarının yanında sağlık hizmeti verdiklerinden kendilerine has özellikleri de bulunmaktadır. Bu özellikler neticesinde çevre ile olan etkileşimleri artmaktadır. Bu kapsamda, hastaneler çevrenin etkilerine maruz kalacaklar ve değişen çevre koşullarına uyum sağlamak zorunda kalacaklardır.

Hastaneler sağlık hizmeti kalitelerini iyileştirebilmek için performans ölçümleri yapmalıdırlar. Ancak özellikle ülkemizde hastane bilgi sistemlerinin yetersiz olması yüzünden sağlıklı veri elde edilmesi de mümkün olmamaktadır.



Bireylerin sağlığı buldukları kültür, aldıkları eğitim, cinsiyet, iş ortamı vb. faktörlerden etkilenmektedir. Sağlık hizmeti veren hastanelerinde birincil müşterileri toplumda yaşayan bireyler olduğuna göre, bireylerin sağlığına etki eden faktörler hastanelerinde performans göstergelerine etki edecektir.

Hastaneler sağlık sistemi içerisinde bireylere hizmet verirken bireylerin sosyoekonomik düzeylerinden ve çevrelerinden de etkilenmektedirler. Bu durumda hastanelerin performans analizlerinde çevresel şartlar mutlaka dikkate alınmalıdır.

Bu doktora tez çalışmasında sosyal belirleyicilerin hastane performansları ile ilişkisi analitik yönden ortaya konulmaya çalışılmıştır. Sosyal belirleyicileri temsilen şehirleşme oranı, ortalama hanehalkı büyüklüğü, sektörel bazda çalışma oranları (tarım, sanayi, hizmet) işsizlik oranı, bebek ölüm oranı, fert başına genel bütçe geliri değişkenleri kullanılmıştır. Hastane performanslarını temsilen ise, poliklinik sayısı, ameliyat sayıları (büyük, orta, küçük), ortalama kalış süresi, yatak devir hızı değişkenleri kullanılmıştır.

İki değişken kümesi arasındaki ilişkinin analizi için Kanonik Korelasyon Yöntemi seçilmiştir. Elde edilen kanonik fonksiyona göre her iki değişken kümesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastane performans değişkenleri kümesi içerisinde en kuvvetli etkiye sahip değişken poliklinik sayısıdır. Bu sonuca göre hastane performanslarını açıklamada en büyük katkıyı poliklinik sayısı yapmaktadır. Poliklinik sayısı bir hastane performansının açıklanmasında en önemli göstergelerden biridir. Diğer bütün performans değişkenleri ile aynı yönde bir ilişkiye sahiptir. Poliklinik sayısı arttıkça diğer bütün performans değişkenlerinin değerleri artmaktadır. Ancak, diğer performans değişkenlerinin kanonik fonksiyona yaptığı katkılar göz önüne alındığında poliklinik sayısının tek başına performans göstergesi olarak kullanılması yeterli olmayacaktır.

Sosyal belirleyicileri temsilen kullanılan sosyoekonomik değişkenler kümesinde ise, kanonik fonksiyona en büyük katkıyı tarım sektöründe çalışanların oranı değişkeni yapmaktadır. Bu değişken, sanayi ve hizmet sektöründe çalışanların oranı, işsizlik oranı, okur-yazar oranı ve fert başına genel bütçe geliri değişkenleri ile ters yönde bir ilişkiye sahiptir. Bu değişkenin diğer iki sektörde çalışanların oranları ile ters yönde bir ilişkiye sahip olması beklenen bir sonuçtur. Okur-yazar oranı da tarım sektöründe çalışanların yoğun olduğu bölgelerde azalma gösterecektir. Ancak, bu değişkenin fert başına genel bütçe geliri ile ters yönde bir ilişkiye sahip olması bu bölgede yaşayan insanların

gelirlerinin azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Gelirin, sağlık üzerine etki eden en temel sosyal belirleyicilerden birisi olduğu düşünüldüğünde, bu durumun diğer sağlık göstergelerine dolaylı bir şekilde olumsuz etkisi olacaktır. Analiz sonuçlarına göre, tarım yoğun nüfusun bulunduğu yerlerde, bebek ölüm oranı da artış eğilimindedir. Bebek ölüm oranı, dünyada kabul görmüş en temel sağlık göstergelerinden birisidir. Bebek ölüm oranı eğitimden gelire, toplumsal cinsiyetten çevreye kadar birçok sosyal belirleyiciden etkilenmektedir. Her ne kadar kanonik fonksiyona etkisi görece olarak düşük olsa bile, tarım sektöründe çalışanların oranı değişkeni ile ters yönde bir ilişkiye sahip olası düşündürücüdür. Aynı zamanda, ortalama hanehalkı büyüklüğü bu değişken ile ters yönde bir ilişkiye sahiptir. Tarım sektöründe istihdam edilenler geniş aileler şeklinde yaşamayı sürdürmektedirler.

Yönetimler sağlık politikaları yapmaktan sorumludurlar. Sağlık politikalarının etkin ve verimli bir şekilde tasarlanabilmesi için analitik düşünceyi ve bu çerçevede sosyal belirleyicileri merkezde buldurması gerekmektedir. Bu çalışmada yapılan analiz sonucuna göre tarım sektöründe çalışanların oranı sosyoekonomik değişkenler kümesi içerisinde kilit bir öneme sahiptir. Tarım sektöründe çalışanların durumlarında iyileşme yapılarak toplumların sosyoekonomik düzeylerinde iyileşme sağlanabilir. Tarım sektöründe çalışanların oranında azalmaya gidilerek toplumların sosyoekonomik seviyelerinde iyileşme sağlanabilir. Ancak, kısa vadede çözüm getirmekten uzak olan bu yol, uzun vadede etkilerini gösterebilir.

Kanonik fonksiyonun değerlendirilmesinde kullanılan bir başka yöntem de çapraz yüklerin değerlendirilmesidir. Hastane performansı için analize dahil edilen değişkenlerin çapraz yüklerine bakıldığında, sosyoekonomik değişken kümesine ait, kanonik değişkeni açıklamada en yüksek oran poliklinik sayısı değişkenine aittir. Bu oranı, küçük ameliyat, büyük ameliyat ve orta ameliyat sayıları değişkenleri takip etmektedir. Ortalama kalış süresi ve yatak devir hızı değişkenlerinin çapraz kanonik yükleri görece olarak düşüktür. Buradan yola çıkarak sosyoekonomik değişken kümesini açıklamada en fazla etkiye sahip olan değişkenler diğer geliştirilebilecek olan modeller için kullanılabilir.

Sosyoekonomik değişkenler kümesine ait çapraz yüklerle bakıldığında, diğer kanonik değişkeni açıklamadaki en yüksek oran tarım sektöründe çalışanların oranı değişkenine aittir. Bu değeri, hizmet sektöründe çalışanların oranı değişkeni takip etmektedir. Bu sonuçlara göre hastane performanslarını açıklamada tarım sektöründe

çalışanların oranı belirgin bir etkiye sahiptir. Ancak tek başına kullanılması yeterli olmayacaktır. Diğer değişkenlerin kullanılması açıklanan varyansın yüzdesini arttıracaktır. Çapraz yüklere bakılırsa, en düşük katkıyı bebek ölüm oranı değişkeni yapmaktadır. Bu değişken, hastane performanslarını açıklamada önemsiz bir değere sahiptir.

Tarım sektöründe çalışanların oranı bire bölgedeki gelir seviyesi ile ilişkilidir. Doğal olarak tarım sektöründe çalışanların oranı arttıkça bölgenin sosyoekonomik düzeyinde bir gerileme olacaktır. Bireyler, belki de eğitimi alamayacaklar, sağlık hizmetlerinin sunumunda erişimden uzak kalabileceklerdir. Ortalama hanehalkı büyüklüğünün artması da hanehalkı içerisindeki kaynakların dağılımını etkileyecektir. Bir birey başına düşen gelir miktarında azalma olacaktır. bu durum, bireyin eğitiminden erken yaşamına, beslenmesinden istihdamına kadar birçok sosyal belirleyici üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olacaktır.

Sosyal belirleyiciler 2000’li yıllardan sonra ortaya çıkmış olsa da sağlığa etki eden faktörlerin daha iyi anlaşılabilmesi için ayrı bir öneme sahiptir. Sosyal belirleyiciler, bireylerin sağlığına etki eden faktörleri göstermektedir. Bireyler, yaşamlarını sürdürdükleri bölgelerdeki sosyoekonomik değişkenlerden etkilenmektedirler. Bu çalışmada, sosyal belirleyicileri temsil ettiği düşünülen sosyoekonomik değişkenler ile hastane performansları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Ortaya çıkan sonuçlar göstermiştir ki sosyal belirleyicilerin bireylerin sağlığına etkisi kadar hastane performanslarına da etkisi olabilmektedir. Hastane performanslarının analizlerinde her ne kadar bölgesel faktörler göz ardı edilse de, analiz sonuçlarının daha iyi yorumlanabilmesi için bu eksikliğin giderilmesi ihtiyacı bulunmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri ile hastane performansları arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bu doktora tez çalışmasının sonuçlarına göre hastane performansları analizlerinde bölgesel farklılıkları dikkate alan yöntemler kullanılmalıdır. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda bu konuya önem verilmesi performansların daha iyi irdelenmesini sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

- Ak, B. ve Sargutan, A. E. (1996), Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Ve Uygulama. *Medikal Ve Teknik dergisi, Eylül 1996*, 122:58-64. İhlas Holding yayını, İstanbul.
- Akın, A. Ve Demirel, S., (2003), Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri, *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi*, c.25, s.4, ss. 73-82.
- Akın, A., (2007), Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayrımcılığı ve Sağlık, *Toplum Hekimliği Bülteni*, c.26, s.2, ss. 1-9.
- Aktan, C. C. Ve Işık, A.K., (10.06.2010a), *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler*, [www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf](http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf).
- Aktan, C. C. Ve Işık, A.K., (17.05.2010b), *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler*, [www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf](http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf).
- Alper, Y., Demir, G., (2006); Dünyada ve Türkiye’de İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları: Kanada, ABD ve İngiltere Uygulaması, *Çimento İşveren*, c. 20, s.6, ss. 4-17.
- Alpugan, O. (1991), Hastanelerde Verimlilik Sorunu, I. *Verimlilik Kongresi, Bildiriler*, MPM Yayınları 454, ss.59-70, Ankara
- Altay, A. (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıştay Dergisi*, s.64, ss. 33-58.
- Anderson, M.R., Smith L. ve Sidel V.W. (23.05.2010) *What is Social Medicine?* <http://www.monthlyreview.org/0105anderson.htm>.
- Aydın, A.H., (2008), Sosyal Çevre-Doğal Çevre İlişkisi Bağlamında Bireyin Doğal Çevreye Etkisi Konusunda Bir Görüş Geliştirme Çabası, *Yerel Siyaset: Aylık Bilimsel Siyasi Dergi*, Kasım 2008 s,35, ss. 7-11.
- Aytekin, F. Ve Bulduk, S., (2000), Beslenme Eğitiminin Öğrencilerin Öğün Düzenine Etkileri Üzerine Bir Çalışma, Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sana, Eğitim Fakültesi Dergisi, c.8, s.8, ss.11-18.

- Bahar, E. (2006), *İşletme Becerileri ve Grup Çalışması*, Detay Yayıncılık, Ankara
- Balbay, Ö. ve Diğerleri (2004), Sosyal ve Ekonomik Boyutuyla Türkiye'deki Tüberküloz Hastaları:23 Göğüs Hastanesinde 733 Hasta Üzerine Bir Çalışma, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, s. 2, ss. 5-14.
- Balcıoğlu, İ. ve Abanoz, Y., (2009), Madde Bağımlılığı, İntihar Sanık Psikolojisi, *Dirim Tıp Dergisi*, c.84, s.1, ss. 15-20.
- Baloğlu, B. (2006), *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*, Der Yayınları: İstanbul.
- Barton, H. Ve Tsourou, C., (15.03.2010), [www.sagliklikentlerbirligi.org.tr/pdf/saglikli\\_kent\\_planlamasi.pdf](http://www.sagliklikentlerbirligi.org.tr/pdf/saglikli_kent_planlamasi.pdf)
- Başol K, Han E, Karluk R ve ark., (1999).*Türkiye Ekonomisi*, Derl: Özer, M., T.C Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1149, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 608, Eskişehir,378-379.
- Batlaş, A., Batlaş, Z. (2004), *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, Remzi Kitabevi, 22. Basım, İstanbul.
- Baxter, M. (1990), *Health and Lifestyles*, Routledge (UK): United Kingdom. ([http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=DFsie2U9Z\\_UC&oi=fnd&pg=PP8&sig=IsMabx3eTml\\_14lrV2h1CsmZozg&dq=%22what+is+health%22#PRA2-PA15,M1](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=DFsie2U9Z_UC&oi=fnd&pg=PP8&sig=IsMabx3eTml_14lrV2h1CsmZozg&dq=%22what+is+health%22#PRA2-PA15,M1)), (28 Şubat 2007)
- Baysal, E. M., Alçılar, b., Çerçioğlu, H. Ve Toklu, B., (2005), Türkiye'deki Devlet Üniversitelerinin 2004 Yılı Performanslarının, Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Belirlenip Buna Göre 2005 Yılı Bütçe Tahsislerinin Yapılması, *SAÜ Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, c.9, s.1, ss. 67-73.
- Brownell, M., Kozyrskyj, A., Fergusson P., Lorfald, J. (2001) "Social Determinants Of Health", *Assessing The Health Of Children In Manitoba- A Population-Based Study*, ss. 192-224, [mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference//child\\_pdf\\_one\\_document.pdf](http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference//child_pdf_one_document.pdf)

- Bruber, E., Marmot, M., (2009), Sosyal Yapı Stres ve Sağlık, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, Derl. Marmot, M., Wilkinson, R. G., İnsev Yayınları, Çev: Kayı, İ. ve Yasin, Y., İnsev Yayınları, ss. 18-44.
- Bursalıoğlu, Z., (1974), Eğitim Örgütüne Sistem Yaklaşımı, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, c.4, s1, ss.57-64.
- Celayir, A. Ve Keskin, H., (2010), Sağlık Kurumlarında Performans Değerlendirmesinde Muayene Ve Girişimsel İşlemlerin Toplam İş Yükü İçindeki Eğilimlerinin Branşlara Göre İncelenmesi, *II. Uluslar Arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı*, Ankara.
- Clark Andrew E. , (2003), “Unemployment as a Social Norm: Psychological Evidence from Panel Data, *Journal of Labor Economics, The University of Chicago Press*, c.21, ss.323-351.
- Çankaya, S., (2005), *Kanonik Korelasyon Analizi ve Hayvancılıkta Kullanımı*, Doktora tezi, Çukurova Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Çatalca, H. (2003), *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Beta Basım A.Ş.:İstanbul.
- Çıraklı, Z. Ve Sayım, F., (2009), Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda ve Maliyet Etkililik Göstergelerinin İncelenmesi, *Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi 19-21 Mart 2009*, ss.347-365, Antalya.
- Çiçek, R., Kara, B. Ve Koyuncu, K., (2006), Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma, *Verimlilik Dergisi*, 2006/3, ss.125-150.
- Deaton, A. (2002), Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth, *Health Affairs*, March/April 2002, c. 21, s. 2, ss. 13-30.
- Dedeoğlu, N., (2010), Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Hakkı ve Küreselleşme, *TAF Prev Med Bull*, c.9, s.4, ss. 361-366.

- Demirbilek, S. Ve Pazarlıoğlu, M. V., (2007), Türkiye’de İş Kazalarının Oluşumunda Etkili Olan Faktörler: Ampirik Bir Uygulama, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, c.44, s.509, ss.81-91.
- Devebakan, N. ve Aksaraylı , M. (2003), Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, c. 5, s. 1, ss. 38-54.
- Dikmetaş, E. (2006), Sağlıkta Eşitlik/Eşitsizlik, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, c. 1 1, s. 2, ss.2-16.
- Dinçer, Ö. (1994), *Örgüt Geliştirme*, İz Yayıncılık, İstanbul.
- Dinçer, Ö. ve Fidan, Y., (1999), *İşletme Yönetimine Giriş*, Beta, İstanbul.
- Dincer, B. ve Özaslan, M., (2004), İlçelerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, DPT yayınları, Ankara.
- Dirican, R., (1993), Sağlığı Etkileyen Önemli Fiziksel etmenler ve Bunların Zarar Vermesini Önleme Yöntemleri, *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği) 2. Baskı*, Uludağ Üniversitesi Basımevi. Bursa.
- Dişsiz, M. Ve Şahin, N. H., (2008), Evrensel Bir Kadın Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, c.1, s.1, ss. 50-58.
- DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), (2007), *Sosyal Güvenlik: Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara.
- DSÖ (01.03.2010) [www.who.int/features/qa/28/en/index.html](http://www.who.int/features/qa/28/en/index.html)
- DSÖ (14.06.2010), *Life tables 1990, 2000, 2008 by country and by region*, [www.who.int/entity/healthinfo/statistics/LT200820001990whs2010.zip](http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/LT200820001990whs2010.zip)
- DSÖ (2010) , *World Health Statistics 2010: Part II Gloval Health Indicators*.
- DSÖ (24.03.2010), [www.who.int/social\\_determinants/thecommission/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/)

- DSÖ, (15.04.2010), [http://www.who.int/social\\_determinants/themes/en/](http://www.who.int/social_determinants/themes/en/)
- DSÖ, (2002). *World Report on Violence and Health*, Geneva
- DSÖ, (2003), *Measuring Hospital Performance To Improve The Quality Of Care In Europe: A Need For Clarifying The Concepts And Defining The Main Dimensions, Report on a WHO Workshop- e78873*, Spain.
- DSÖ, (2005), *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*, Geneva, Switzerland.
- DSÖ. (1978) *Alma-Ata Deklerasyonu, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September*.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2000) *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva, Switzerland.
- Ergül, Ş. (2005), Yoksulluk Sağlık İlişkisi Ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, c. 8, s. 2, ss. 95-104.
- Eurogentest, (2007), *Resesif (Çekinik) Kalıtım: Hasta ve Aileler için Bilgiler*, [http://www.eurogentest.org/blocks/leaflets/pdf/turkish/recessive\\_inheritance.pdf](http://www.eurogentest.org/blocks/leaflets/pdf/turkish/recessive_inheritance.pdf).
- Fırat, A.S., (2006), Sağlıklı Kentler ve Kentsel Sağlık, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, c.8, s.2, ss. 219-240.
- Gökçen, H., (2005), *Yönetim Bilgi Sistemleri*, Epi Yayınları, Ankara.
- Gönüllü, M. Ve İçli, G., (2001), *Çalışma Yaşamında Kadınlar: Aile Ve İş İlişkileri*, C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi Mayıs 2001 c. 25, s.1, ss.81-100.
- Güler, Ç. Ve Çobanoğlu, Z., (1994a), *Kentleşme Ve Çevre Sağlığı*, Çevre Sağlığı Temel Kaynaklar Dizisi No: 26, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Güler, Ç. Ve Çobanoğlu, Z., (1994b), *Sosyal Çevre*, Çevre Sağlığı Temel Kaynaklar Dizisi No: 24, Sağlık Bakanlığı, Ankara.



- Güleş, H. K., Öğüt, A. Ve Özata, M. (2007), Sağlık İşletmelerinde Örgütsel Etkinliğin Arttırılmasına Yönelik Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama, *TSA*, Yıl:11, s.1, ss. 69-83.
- Gülmez, M. (2005), Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve cumhuriyet hastanesi araştırma hastanesi'nde ayakta tedavi gören hastalara yönelik bir uygulama, *C.Ü., İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, c. 6, s. 2, ss. 147-169.
- Güner, E. (2010), *Araştırmacı ilaç firmaları neden sıkıntılı*, Dünya Gazetesi, İstanbul.
- Güzel, A., (2005), Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Yıl:2005, s.4, ss.61-76.
- Hacettepe.edu.tr, Sağlık Sistemleri Genel Özellikleri, (03.04.2010), yunus.hacettepe.edu.tr/~caliskan/SH.pdf
- Hayran O. (1997) *Sağlık Düzeyi Göstergeleri ve Hizmetler Açısından Ülkeler Arası Kıyaslama*, Hastane Yöneticiliği, Nobel Kitabevleri.
- İslamoğlu, A.H., Candan, B., Hacıfendioğlu, Ş. Ve Aydın, K. (2006), *Hizmet Pazarlaması*, Beta Basım A.Ş.: İstanbul.
- Karahan, A. Ve Özgür, E., (2009), *Hastanelerde Performans Yönetim Sistemi ve Veri Zarflama Analizi*.
- Karalar, R., (2005), *Genel İşletme*, Yorum Matbaası, Eskişehir.
- Kavuncubaşı, Ş., (2000), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kesgin, C. Ve Topuzoğlu, A. (2006), Sağlığın Tanımı; Başaçıkma, *Journal of İstanbul Kültür University*, s.3, ss. 47-49.
- Kıngır, S. (2006), Bir Hizmet İşletmesi Olarak Beş Yıldızlı Otel İşletmelerindeki Yönetimsel Sorunlar, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, s. 15, ss. 457-481.
- Koçel, T.,(2005), *İşletme Yöneticiliği*, Arkan Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
- Kürkçüoğlu, Ö., (1998), Yeni Dünya Düzeni Arayışları:Küreselleşme, *Dünya'nın ve Türkiye'nin Yakın Tarihi*, Derl.Güneş, İ., Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

- Lalonde, M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*, Working Document, Health and Welfare, Canada.
- Marmot, M. (2006) Giriş, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, Derl. Marmot, M., Wilkinson, R. G., İnsev Yayınları, Çev: Kayı, İ. ve Yasin, Y., İnsev Yayınları,, ss.13-17.
- McCarthy, M., (2009), Ulaşım ve Sağlık, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, Derl. Marmot, M., Wilkinson, R. G., İnsev Yayınları, Çev: Kayı, İ. ve Yasin, Y., İnsev Yayınları, ss.154-172.
- Mehrotra, A.; Lee, S. and Dudley, A., 2003, *Hospital Performance Evaluation: What data do we want, How Do We Get It, and How Should We Use It?*, Institute for Health Policy Studies, University of California, San Francisco.
- Mucuk, İ. (2001), *Pazarlama İlkeleri*, 13. Baskı, Türkmen Kitabevi: İstanbul.
- Mucuk, İ. (2003), *Modern İşletmecilik*, 14. Baskı, Türkmen Kitabevi: İstanbul.
- Murray C.J.L. ve Frenk J., (1999), *A WHO Framework for Health System Performance Assessment. Evidence and Information for Policy*. GPE Discussion Paper Series No: 6, EIP/GPE/EQC, WHO Geneva.
- Murray C.J.L. ve Frenk J., (2000), A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bulletin of the World Health Organization. 78 (6): 717-739.
- Mutlu, A. Ve Işık, A.K., (2005), *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.
- Neyzi, O. (2000), Erken Yaşam ile İleri Yaşlardaki Sağlık Arasındaki İlişki, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, c. 9, s.1.
- OECD, (2008), *Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*, OECD ve Dünya Bankası Yayını.
- Okutan, O., Tengilimoğlu, D. (2002), *İş Ortamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Alan Uygulaması*, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, c.4, s.3, ss.15–42
- Özkal, İ., (2002), Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Küreselleşme, *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, c.3, s. 11-12, 22, ss. 46-49.

- Öztürk, E. Y. (2010), Hastane Etkinliğinin Artırılmasında Dış Kaynak Kullanımının Etkisi: Üniversite Hastanelerinde Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Araştırma, *II. Uluslar Arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı*, Ankara.
- Öztürk, M. Ve Çetin, B. I., (2009), Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluk ve Kadınlar, *Journal of Yasar University*, c.3, s.11, ss. 2661-2662.
- Özvarış, B. Ş., Demirören, M., Şener, S. Ve Tumay, Ş. (2008), *Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet İle Mücadele Projesi*, KSGM (Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü).
- Pancar, A., (2010), Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Kanun Tasarısında Öngörülen Düzenlemelerin Hastane Performansı Üzerine Olası Etkileri, *II. Uluslar Arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı*, Ankara.
- Parlar, S., (2008), Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, c.7, s.6, ss. 547-554.
- Rahman, S., Erdem, R., ve Devebakan, N., (2007), Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Ölçeği İle Değerlendirilmesi: Elazığ’daki Hastaneler Üzerinde Bir Çalışma, *D.E.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, c.9, s.3, ss.37-55.
- Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G. Ve Atabek, Türkinaz., (1994), Sağlık Bakım Sistemi, Sağlık Ekibi ve Hemşirenin Rollerini, *Hemşirelik Esasları*, Derl. Seçim, H., Anadolu Üniversitesi.
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı, (2008), *Halkın Sağlık Eğitimi Aylık Faaliyet Raporu*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2005), *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı: Sağlık Sektörü İçin Ulusal Eylem Planı*, sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf\_dokumanlar/01\_USEP.pdf
- Sağlık Bakanlığı, (1997). *Health Sector Reforms in Turkey. P Republic of Turkey Ministry of Health. Directorate of External Relations and Health Project General Coordination Unit*. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2003), *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2007), *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, Bölük Ofset Matbaacılık, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı, (2008), *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, Ankara.
- Sayım, F., (2009), Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı, *Sağlık İşletmeler Yönetim Rehberi*, Derl. Çoşkun, A. Ve Akın, A., ss.253-284. Seçkin Yayınları, Ankara.
- Sengupta, J.K. (2000), *Dynamic and Stochastic Efficiency Analysis*, World Scientific, Singapore.
- Shaw, M., Dorling, D. Ve Smith, G. D., (2009), Yoksulluk, Toplumsal Dışlanma ve Azınlıklar, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, Derl. Marmot, M., Wilkinson, R. G., İnsev Yayınları, Çev: Kayı, İ. ve Yasin, Y., İnsev Yayınları, ss.226-256.
- Stansfeld, S.A., (2009), Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, Derl. Marmot, M., Wilkinson, R. G., İnsev Yayınları, Çev: Kayı, İ. ve Yasin, Y., İnsev Yayınları, ss.173-199.
- Sur, H. Ve Çekin, M.. (2009) *Sağlık Hizmetleri ve Etik*. T.C. Başbakanlık Kamu Görevlileri Etik Kurumu Yayını, Ankara.
- Şahin, Ü. (2000), *Hastane İşletmeciliği*, Eser Sahibinin Kendi Yayını: İstanbul.
- Şahinkesen, A., (1990), Sistem Yaklaşımı, Analiz ve Program Hazırlama, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, c.23, s2, ss.645-676.
- Şener, Ü., (2010), *Yoksullukla Mücadelede Sosyal Güvenlik, Sosyal Yardım Mekanizmaları ve İş Gücü Politikaları*, TEPAV (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı) Politika Notu, [tepav.org.tr/tur/admin/dosyabul/upload/Yoksullukla\\_Mucadelede\\_Sosyal\\_Guvenlik\\_PN.pdf](http://tepav.org.tr/tur/admin/dosyabul/upload/Yoksullukla_Mucadelede_Sosyal_Guvenlik_PN.pdf).
- Talas, C., (1997), *Toplumsal Ekonomi Çalışma Ekonomisi*, 7. Baskı, İmge Yayınları, Ankara.
- Tarım, M., (2004), Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard), *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, c.7, s.2, ss. 233-248.

- Taslak, S. Ve Kara, M. (2009), *İşletme Bilimine Giriş (Modern İşletmecilik)*, Cantekin Matbası, İstanbul.
- Tatar, M. (2007) “Sağlık Sisteminin Performansını Ölçme Süreci”, Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi, Derl.: Ateş, H., Kırılmaz, H. Ve Aydın, S. (Ankara: Asil Yayın Dağıtım), ss.151-172.
- Temür, Y. Ve Bakırcı, F., (2008), Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir Vza Uygulaması, *Sosyal Bilimler Dergisi / Cilt: X, Sayı 3*, ss. 261-282.
- Tetik, Semra, 2003, İşletme Performansını Belirlemede Veri Zarflama Analizi, *Yönetim ve Ekonomi*, c.10, s.2, ss. 221-229.
- The Child Survival and Health Grants Program 2005, *Health Systems Strenthening Chapter I*, Technical Reference Material.
- Topuksak, B. Ve Kublay, G., (2010), Hemşirelerin Performanslarını Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçların Etkinliği, *II. Uluslar Arası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı*, c.2, ss.11-28, Ankara.
- Tümay, E., (15.03.2010), *Aile İçi Şiddet*, [www.bsm.gov.tr/bugep/docs/siddet.pdf](http://www.bsm.gov.tr/bugep/docs/siddet.pdf)
- Türkdoğan,O., (2006) *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*, IQ Kültür Sanat Yayıncılık: İstanbul.
- Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y., (2005), Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, c.8, s.1, ss. 3-27.
- Üner, S., (2008), *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği*, KSGM, Ankara.
- Ünlükaplan, İ. (2009), Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerde İktisadi Kalkınma, Rekabetçilik İnovasyon İlişkilerinin Kanonik Korelasyon Analizi ile Belirlenmesi, *Maliye Dergisi*, s.157, ss. 235-250.
- ÜNSAL, M. E. (2001), *Mikro İktisat*, İmaj Yayıncılık: Ankara.
- Vogel, L., (2004), *İş Sağlığı: Topluluk Politikası İçin Sekiz Öncelikli Eylem Alanı*, [hesa.etui-rehs.org/uk/publications/files/Turc.pdf](http://hesa.etui-rehs.org/uk/publications/files/Turc.pdf).

- Wadsworth, M. Ve Butterworth, S. (2009), Erken Yaşam, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, Derl. Marmot, M., Wilkinson, R. G., İnsev Yayınları, Çev: Kayı, İ. ve Yasin, Y., İnsev Yayınları, ss.45-71.
- Wilkinson, R. Ve Marmot, M. (2003), *Social Determinants of Health: Solid Facts (2. basım)*, WHO, Denmark.
- Wilkinson R. G., (2009), Biz ve Başkaları- İyi Günde, Kötü Günde: Sosyal Savunmasızlık ve Eşitsizlik, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, Derl. Marmot, M., Wilkinson, R. G., İnsev Yayınları, Çev: Kayı, İ. ve Yasin, Y., İnsev Yayınları, ss.389-407.
- World Federation of Public Health Associations, *Public Health and Globalization*, WFPHA 35th Annual Meeting, May 14 2001.
- Yalçın, T. Ve Yıldırım, H. H., (2004), *Sağlık Sistemlerinin Performansını Değerlendirmede Bir Çerçeve*, [www.absaglik.com/hhy\\_ty\\_persagsistem.pdf](http://www.absaglik.com/hhy_ty_persagsistem.pdf).
- Yanikkerem, E., Saruhan, A. Ve Şirin A., (2008), Güvenli Annelik Açısından Anne Hakları, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, c.7, s.2, ss.179-186.
- YAVUZ, İ. (2001), *Sağlık Sektöründe Etkinlik Ölçümü (Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama)*, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:654, Ankara.
- Yıldırım, İ., (1997a), Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliliği ve Geçerliği, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, s.13, ss.81-87.
- Yıldırım, İ., (1997b), Sigara Alkol ve Uyuşturucu Kullanan Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, s.13, ss.147-155.
- Yıldırım, S., (1994), *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi (Uzmanlık Tezi)*, Devlet Planlama Teşkilatı Y.no.2350, Ankara.
- Yıldız, Ö., (2008), Küreselleşme, Sağlık ve Toplum, *Gaziantep Tıp Dergisi*, ss.30-34.
- YÜKSEL, F. (2005), *Hizmet Pazarlamasında Etkinliğin Artırılması ve Otel İşletmelerinde Bir Uygulama*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi: İzmir.

Yüksel, İ., (2003), İşsizliğin Psiko-Sosyal Sonuçlarının İncelenmesi (Ankara Örneği), *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, c.4, s.2, ss.21-38.

Zengingönül, O., (2005), Nedir Bu Küreselleşme? Kaçabilir miyiz? Kullanabilir miyiz?, *Siyasa*, c1, s1, ss. 85-106, ESİAD, İz

**EK-1 HASTANELERİN PERFORMANS VE İLÇELERİN SOSYOEKONOMİK DEĞİŞKENLERİNE AİT DEĞERLER**

Sr No	ilçe	il	Hastaneler	h4	h8	h9
1	merkez	Aydın	1.AydınDevletHast	341365,000	2671,000	1510,000
2	çine	Aydın	4.ÇineDevletHast	53256,000	7,000	101,000
3	germencik	Aydın	5.GermencikDevletHast	25168,000	5,000	9,000
4	kuşadası	Aydın	6.KuşadasıDevletHast	85005,000	95,000	287,000
5	nazilli	Aydın	7.NazilliDevletHast	251938,000	750,000	1403,000
6	söke	Aydın	8.SökeDevletHast	228743,000	552,000	440,000
7	merkez	Aydın	1.AdnanMenderesU.TıpFak.SağlıkBilimleriMerk.AraşveUyg.Hast	129240,000	1017,000	1436,000
8	merkez	Aydın	2.SSKAydınHast	487327,000	1318,000	781,000
9	nazilli	Aydın	3.SSKNazilliHast	265755,000	753,000	424,000
10	merkez	Denizli	1.DenizliDevletHast	512052,000	3761,000	1862,000
11	acıpayam	Denizli	2.AcıpayamDevletHast	52511,000	46,000	142,000
12	buldan	Denizli	3.ArifCeritBuldanDevletHast	59357,000	95,000	353,000
13	çivril	Denizli	7.ÇivrilDevletHast	86759,000	64,000	157,000
14	sarayköy	Denizli	10.SarayköyDevletHast	44192,000	21,000	127,000
15	tavas	Denizli	11.TavasDevletHast	56428,000	5,000	147,000
16	merkez	Denizli	1.PamukkaleÜ.EğitimUyg.veArşHast	111591,000	1864,000	842,000
17	merkez	Denizli	2.SSKDenizliHast	496393,000	2048,000	2080,000
18	merkez	Samsun	1. Mehmet Aydın Samsun Devlet Hast	394337,000	3243,000	2420,000
19	bafra	Samsun	7. Nafiz Kurt Bafra Devlet Hast	224007,000	832,000	1648,000
20	Çarşamba	Samsun	8. Çarşamba Devlet Hast	160886,000	1040,000	1868,000
21	havza	Samsun	9. Havza Devlet Hast	86053,000	612,000	780,000



22	ladik	Samsun	11. Ladik Devlet Hast	44965,000	10,000	21,000
23	terme	Samsun	12. Terme Devlet Hast	113682,000	161,000	297,000
24	vezirköprü	Samsun	13. Vezirköprü Devlet Hast	89027,000	662,000	634,000
25	merkez	Samsun	1.19MayısÜ.Sağ.Uyg.Araş.Hast.	184714,000	5741,000	1922,000
26	merkez	Samsun	2.SSKSamsunHast	854270,000	2944,000	2976,000
27	bafra	Samsun	3.SSKBafraHast	165106,000	299,000	357,000
28	merkez	Artvin	1.ArtvinDevletHast	98115,000	455,000	664,000
29	hopa	Artvin	4.HopaDevletHast	53437,000	117,000	191,000
30	şavşat	Artvin	5.ŞavşatDevletHast	53378,000	22,000	86,000
31	yusufeli	Artvin	7.YusufeliDevletHast	30811,000	262,000	192,000
32	arhavi	Artvin	1-SSKArhaviHast	53064,000	108,000	53,000
33	borçka	Artvin	2-SSKBorçkaHast	51197,000	133,000	361,000
34	merkez	Giresun	1.ProfDr.A.İlhanÖzdemirGiresunDevletHast	308213,000	750,000	1324,000
35	bulancak	Giresun	6.BulancakDevletHast	148946,000	17,000	253,000
36	espiye	Giresun	7.EspiyeDevletHast	48174,000	45,000	87,000
37	görel	Giresun	8.Op.Dr.ErgunÖzdemirGörelDevletHast	48351,000	23,000	120,000
38	Şebinkarahisar	Giresun	9.ŞebinkarahisarDevletHast	30434,000	17,000	29,000
39	tirebolu	Giresun	10.TireboluDevletHast	70915,000	19,000	372,000
40	merkez	Giresun	1-SSKGiresunHast	350981,000	541,000	1067,000
41	merkez	Diyarbakır	1-DiyarbakırDevletHas'	585461,000	1966,000	1719,000
42	ergani	Diyarbakır	6-ErganiDevletHast	100388,000	64,000	185,000
43	silvan	Diyarbakır	8-Dr.YusufAzizoğluSilvanDevletHast.	49834,000	56,000	133,000
44	merkez	Diyarbakır	1-DicleU.EğitimArş.Hası	207235,000	3920,000	2848,000
45	merkez	Diyarbakır	2-SSKDiyarbakırHast	409388,000	2059,000	1067,000
46	merkez	Kars	1.KarsDevletHast	191278,000	622,000	1065,000
47	sarıkaş	Kars	4.SarıkaşDevletHast	22950,000	10,000	22,000
48	merkez	Ağrı	1.AğrıDevletHast	200415,000	183,000	930,000

49	merkez	Hatay	1- Antakya Devlet Has'	597723,000	1755,000	1495,000
50	dört yol	Hatay	3- Dört yol Devlet Hasi	130552,000	1085,000	481,000
51	iskenderun	Hatay	4- iskenderun Devlet Has'	303978,000	824,000	642,000
52	kırıkhan	Hatay	6- Kırıkhan Devlet Hasi	144840,000	713,000	348,000
53	reyhanlı	Hatay	7- Reyhanlı Devlet Hasi	70938,000	61,000	77,000
54	samandağı	Hatay	8- Samandağı Devlet Has	133065,000	255,000	203,000
55	iskenderun	Hatay	1- SSK iskenderun Hast	515785,000	1229,000	1336,000
56	merkez	Hatay	2- SSK Antakya Hast	46724,000	61,000	130,000
57	merkez	Trabzon	1- Trabzon Numune Hast	465634,000	3091,000	2350,000
58	akçaabat	Trabzon	5- Akçaabat Devlet Hast	92531,000	217,000	280,000
59	of	Trabzon	7- Of Devlet Hast	61446,000	55,000	375,000
60	sürmene	Trabzon	8- Sürmene Devlet Hast	64112,000	114,000	325,000
61	vakfikebir	Trabzon	9- Vakfikebir Devlet Hast	89506,000	338,000	747,000
62	merkez	Trabzon	1- Karadeniz Ü.Farabi Hast	142570,000	4175,000	1359,000
63	merkez	Trabzon	2- SSK Trabzon Hast	683388,000	2885,000	3861,000
64	merkez	Mardin	1- Mardin Devlet Hasi	249919,000	521,000	2390,000
65	kızıltepe	Mardin	3- Kızıltepe Devlet Hast	130315,000	235,000	647,000
66	midyat	Mardin	4- Midyat Devlet Hast	56520,000	54,000	260,000
67	nusaybin	Mardin	5- Nusaybin Devlet Hast	67103,000	76,000	493,000
68	merkez	Ş.Urfa	1. Şanlıurfa Devlet Hast	445766,000	1870,000	2220,000
69	birecik	Ş.Urfa	4. Birecik Devlet Hast	108929,000	324,000	546,000
70	siverek	Ş.Urfa	8. Siverek Devlet Hast	101908,000	106,000	199,000
71	viranşehir	Ş.Urfa	10. Viranşehir Devlet Hast	61040,000	110,000	352,000
72	merkez	Ş.Urfa	1- Harran Üniversitesi Tıp.Fak. Araş.Uy.Hast	91664,000	908,000	706,000
73	merkez	Ş.Urfa	2- SSK Şanlıurfa Hast	430885,000	719,000	1621,000
74	merkez	Tokat	1- Tokat Devlet Hast	348224,000	3806,000	1197,000
75	erbaa	Tokat	5- Erbaa Devlet Hast	93795,000	268,000	622,000

76	niksar	Tokat	6- Niksar Devlet Hast	78368,000	265,000	575,000
77	reşadiye	Tokat	8- Reşadiye Devlet Hast	27043,000	33,000	80,000
78	turhal	Tokat	9- Turhal Devlet Hast	139707,000	435,000	692,000
79	zile	Tokat	10- Zile Devlet Hast	93790,000	214,000	506,000
80	merkez	Tokat	1- SSK Tokat Hast	224589,000	1354,000	810,000
81	turhal	Tokat	2- SSK Turhal Hast	151706,000	239,000	378,000
82	merkez	Sivas	1. Sivas Numune Hast	309291,000	2038,000	2079,000
83	suşehri	Sivas	11. Suşehri Devlet Hast	69232,000	331,000	332,000
84	sarıkişla	Sivas	12. Şarkışla Devlet Hast	51407,000	16,000	77,000
85	zara	Sivas	14. Zara Devlet Hast	37703,000	6,000	31,000
86	merkez	Sivas	2. SSK Sivas Hast	481731,000	2024,000	958,000
87	merkez	Tekirdağ	Tekirdağ Devlet Hast	278391,000	782,000	1120,000
88	çorlu	Tekirdağ	Çorlu Devlet Hast	306571,000	1017,000	833,000
89	hayrabolu	Tekirdağ	Hayrabolu Devlet Hast	44876,000	7,000	77,000
90	malkara	Tekirdağ	Malkara Devlet Hast	68358,000	89,000	359,000
91	şarköy	Tekirdağ	Şarköy Devlet Hast	56826,000	20,000	108,000
92	sarayköy	Tekirdağ	Saray Devlet Hast	32301,000	44,000	36,000
93	merkez	Tekirdağ	1. SSK Tekirdağ Hast	207913,000	1120,000	701,000
94	çerkesköy	Tekirdağ	2. SSK Çerkesköy Hast	180063,000	547,000	1151,000
95	merkez	Manisa	1- Manisa Devlet Hasi	201444,000	1764,000	1028,000
96	akhisar	Manisa	5- Akhisar Devlet Hasi	189482,000	559,000	960,000
97	alaşehir	Manisa	6- Alaşehir Devlet Hasi	100482,000	648,000	355,000
98	demirci	Manisa	7- Demirci Devlet Has	35136,000	21,000	79,000
99	görces	Manisa	8- Görces Devlet Hasi	36392,000	83,000	27,000
100	kula	Manisa	10- Kula Devlet Hasi	51972,000	110,000	142,000
101	salihli	Manisa	11- Salihli Devlet Hast	266117,000	1014,000	1291,000
102	sarıgöl	Manisa	12- Sarıgöl Devlet Hasi	37889,000	112,000	295,000

103	saruhanlı	Manisa	13- Saruhanlı Devlet Hasi	60770,000	90,000	37,000
104	soma	Manisa	15- Soma Devlet Hası	79041,000	236,000	537,000
105	turgutlu	Manisa	16- Turgutlu Devlet Hası	175153,000	326,000	466,000
106	merkez	Manisa	1- Celal Bayar Üniversitesi Sağ.Uy.ve Arş Merk	133673,000	2147,000	829,000
107	merkez	Manisa	2- SSK Manisa Hast	398427,000	2009,000	934,000
108	salihli	Manisa	3- SSK Salihli Hast	149264,000	401,000	162,000
109	soma	Manisa	4- SSK Soma Hast	268281,000	599,000	970,000
110	turgutlu	Manisa	5- SSK Turgutlu Hast	263923,000	46,000	272,000
111	merkez	Antalya	1- Antalya Devlet Hast	886344,000	6096,000	4240,000
112	alanya	Antalya	2- Alanya Devlet Hast	222569,000	685,000	2591,000
113	elmali	Antalya	4- Elmali Devlet Hast	65020,000	176,000	209,000
114	finike	Antalya	5- Finike Devlet Hast	111212,000	423,000	1141,000
115	gazipaşa	Antalya	6- Gazipaşa Devlet Hast	76225,000	213,000	604,000
116	kale	Antalya	7- Kale Devlet Hast	38347,000	97,000	60,000
117	kaş	Antalya	8- Kaş Devlet Hast	21617,000	64,000	73,000
118	korkuteli	Antalya	9- Korkuteli Devlet Hast	104720,000	227,000	500,000
119	kumluca	Antalya	10- Kumluca Devlet Hast	57658,000	228,000	287,000
120	manavgat	Antalya	11- Manavgat Devlet Hast	220539,000	791,000	1514,000
121	kemer	Antalya	12- Kemer Devlet Hast.	57501,000	97,000	140,000
122	serik	Antalya	13- Serik Devlet Hast	137785,000	925,000	569,000
123	merkez	Antalya	1. Akdeniz U.Tıp Fak.Hast	304033,000	4048,000	5678,000
124	merkez	Antalya	3. SSK Antalya Hast	937938,000	4178,000	4726,000
125	merkez	Kayseri	1. Dr. Vedat Ali Özkan Kayseri Devlet Hast	848683,000	3509,000	2668,000
126	bünyan	Kayseri	Bünyan Devlet Hasi	29248,000	3,000	19,000
127	develi	Kayseri	Develi Devlet Has	70885,000	89,000	129,000
128	yahyalı	Kayseri	Yahyalı Devlet Hası	51118,000	53,000	107,000
129	merkez	Kayseri	1. Erciyes Ü.Gevher Nesibe Hast	228168,000	8497,000	3866,000

130	merkez	Kayseri	2. SSK Kayseri Hast	687170,000	4126,000	2356,000
131	merkez	Isparta	1. İsparta Devlet Has'	348384,000	2620,000	1733,000
132	Şarkikaraağaç	Isparta	9. Şarkikaraağaç Devlet Has	31992,000	13,000	74,000
133	uluborlu	Isparta	10. Uluborlu Devlet Hasi	20381,000	50,000	39,000
134	yalvaç	Isparta	11. Yalvaç Devlet Has	62279,000	224,000	276,000
135	merkez	Isparta	1- Süleyman Demirel U. Tıp Fak.Araş ve Uyg. Hast	102035,000	1993,000	1663,000
136	merkez	Isparta	2- SSK İsparta Hast	319424,000	1785,000	555,000
137	merkez	Malatya	1. Malatya Devlet Hasi	437071,000	1593,000	2196,000
138	yeşilyurt	Malatya	8. Yeşilyurt Devlet Hasi	41361,000	552,000	210,000
139	merkez	Malatya	2. SSK Malatya Hast	457337,000	1959,000	1555,000
140	merkez	K.Maraş	1. K.Maraş Devlet Has'	438059,000	4977,000	1336,000
141	afşin	K.Maraş	3. Afşin Devlet Hasi	71561,000	219,000	356,000
142	andırın	K.Maraş	4. Andırın Devlet Hasi	22645,000	1,000	39,000
143	elbistan	K.Maraş	5. Elbistan Devlet Hast	185678,000	238,000	1204,000
144	merkez	K.Maraş	6. Dr. Süreyya Adanalı Gökşün Devlet Hast	53576,000	21,000	134,000
145	pazarcık	K.Maraş	7. Pazarcık Devlet Hasi	51152,000	49,000	230,000
146	merkez	K.Maraş	1- SSK Kahramanmaraş Has	338054,000	846,000	1712,000
147	merkez	Erzincan	1- Erzincan Devlet Hasi	279540,000	1164,000	1435,000
148	merkez	Erzincan	1- SSK Erzincan Hast	218331,000	528,000	497,000
149	merkez	Batman	Batman Devlet Hast	288791,000	1837,000	1430,000
150	merkez	Batman	1- SSK Batman Hast	304982,000	339,000	518,000
151	merkez	Hakkari	1- Hakkari Devlet Has'	27606,000	18,000	331,000
152	yüksekova	Hakkari	2- Yüksekova Devlet Has'	47268,000	248,000	259,000
153	merkez	Balıkesir	1. Balıkesir Devlet Hast	454205,000	1338,000	1580,000
154	ayvalık	Balıkesir	4. Ayvalık Devlet Hast	100179,000	190,000	251,000
155	merkez	Balıkesir	5. Dr. Mustafa Güven Karahan Bandırma Devlet Hast	253394,000	750,000	990,000
156	bigadiç	Balıkesir	6. Bigadiç Devlet Hast	44143,000	69,000	99,000

157	burhaniye	Balıkesir	7. Burhaniye Devlet Hast	105022,000	339,000	523,000
158	dursunbey	Balıkesir	8. Dursunbey Devlet Hast	56478,000	114,000	87,000
159	edremit	Balıkesir	9. Edremit Devlet Hast	163076,000	552,000	954,000
160	gönen	Balıkesir	11. Gönen Devlet Hast	74361,000	287,000	452,000
161	sındırgı	Balıkesir	12. Sındırgı Devlet Hast	46755,000	116,000	137,000
162	susurluk	Balıkesir	14. Susurluk Devlet Hast	45103,000	19,000	92,000
163	merkez	Balıkesir	SSK Balıkesir Hast	401792,000	2201,000	1545,000
164	bandırma	Balıkesir	SSK Bandırma Hast	221850,000	777,000	376,000
165	edremit	Balıkesir	SSK Edremit Hast	148446,000	839,000	274,000
166	merkez	Nevşehir	1. Dr. İ. Şevki Atasagun Nevşehir Devlet Hast	246278,000	1040,000	1221,000
167	ürgüp	Nevşehir	4. Ürgüp Devlet Hast	29286,000	57,000	58,000
168	merkez	Nevşehir	1- SSK Nevşehir Hasi	151930,000	246,000	453,000
169	merkez	Sinop	1. Sinop Atatürk Hast	134784,000	519,000	453,000
170	ayancık	Sinop	2. Ayancık Devlet Hast	32607,000	40,000	307,000
171	boyabat	Sinop	3. Boyabat 75.Yıl Devlet Hast	69474,000	277,000	528,000
172	merkez	Sinop	1- SSK Sinop Hast	119707,000	403,000	387,000
173	merkez	Van	1- Van Devlet Hast	340689,000	1884,000	1889,000
174	merkez	Van	3- Van Yüksek İhtisas Hast	14501,000	184,000	37,000
175	erciş	Van	5- Erciş Devlet Hast	108741,000	323,000	556,000
176	merkez	Van	1- 100 Yıl Üniversitesi Tıp. Fak. Araş. Ve Uy. Hast.	148545,000	880,000	904,000
177	merkez	Van	2- SSK Van Hast	232644,000	515,000	581,000

Sr No	h10	h13	h14	<u>x2</u>	<u>x6</u>	<u>x7</u>	<u>x8</u>	<u>x9</u>	<u>x10</u>	<u>x11</u>	<u>x12</u>	<u>x13</u>
1	796,000	6,300	44,800	68,770	3,660	41,480	10,500	48,020	7,720	89,830	37,080	194721,000
2	51,000	4,600	47,600	33,230	3,440	75,370	5,010	19,620	2,450	85,450	20,960	100141,000
3	4,000	5,200	15,100	25,310	3,860	75,080	6,830	18,090	3,500	84,700	37,600	63631,000
4	71,000	2,800	35,800	72,470	3,390	27,050	6,030	66,920	9,020	95,220	51,150	258854,000
5	585,000	3,900	48,200	72,390	3,630	49,710	12,380	37,900	9,460	89,250	34,380	119450,000
6	358,000	3,900	55,400	45,290	3,980	67,650	8,230	24,120	4,800	84,950	44,720	144769,000
7	791,000	5,100	42,900	68,770	3,660	41,480	10,500	48,020	7,720	89,830	37,080	194721,000
8	112,000	5,800	47,700	68,770	3,660	41,480	10,500	48,020	7,720	89,830	37,080	194721,000
9	296,000	4,700	49,600	72,390	3,630	49,710	12,380	37,900	9,460	89,250	34,380	119450,000
10	1633,000	4,200	47,000	68,750	3,700	26,000	31,540	42,460	6,270	93,060	36,780	306386,000
11	23,000	2,500	46,600	15,460	4,190	77,380	7,910	14,710	1,650	86,140	43,500	64917,000
12	37,000	5,600	39,300	51,810	3,380	64,350	16,870	18,790	2,710	88,230	35,760	75976,000
13	261,000	2,900	32,700	21,930	3,950	78,070	4,430	17,500	1,920	86,690	35,460	69043,000
14	8,000	3,300	18,200	48,660	3,970	66,330	14,990	18,680	3,450	88,400	33,120	98860,000
15	24,000	2,900	30,500	19,280	4,110	75,230	9,350	15,420	1,380	85,610	40,420	73479,000
16	487,000	6,200	52,100	68,750	3,700	26,000	31,540	42,460	6,270	93,060	36,780	306386,000
17	350,000	3,900	89,900	68,750	3,700	26,000	31,540	42,460	6,270	93,060	36,780	306386,000
18	1242,000	5,800	42,400	83,070	4,060	25,310	12,550	62,150	12,440	91,420	39,990	272101,000
19	671,000	4,400	53,200	53,330	4,810	68,390	6,780	24,830	8,070	86,250	40,960	72839,000
20	349,000	4,100	53,700	37,490	5,190	74,370	5,680	19,950	4,680	84,250	36,760	62445,000
21	264,000	4,100	28,000	36,230	5,490	79,410	3,400	17,190	3,640	84,180	52,820	41565,000
22	24,000	3,700	6,100	41,280	4,680	77,280	5,080	17,640	3,190	85,100	27,350	61150,000
23	125,000	4,600	47,000	30,330	5,070	80,290	3,780	15,940	3,550	83,640	30,670	43923,000
24	172,000	4,300	62,200	21,870	6,370	85,540	1,910	12,550	2,040	79,620	76,910	28635,000
25	804,000	10,700	23,900	83,070	4,060	25,310	12,550	62,150	12,440	91,420	39,990	272101,000
26	754,000	6,300	42,700	83,070	4,060	25,310	12,550	62,150	12,440	91,420	39,990	272101,000

27	247,000	5,000	58,900	53,330	4,810	68,390	6,780	24,830	8,070	86,250	40,960	72839,000
28	595,000	5,000	38,600	66,980	4,160	35,420	3,050	61,530	7,310	90,300	35,370	450531,000
29	36,000	3,900	29,300	47,400	5,030	50,330	8,710	40,960	9,790	88,010	34,480	149299,000
30	25,000	5,800	24,200	28,590	4,410	78,940	1,530	19,530	5,030	83,190	45,300	37634,000
31	187,000	4,600	22,100	20,960	4,600	80,210	1,570	18,230	4,910	81,520	57,340	26079,000
32	72,000	4,000	19,800	72,770	4,190	44,380	12,410	43,220	10,780	90,210	25,350	93487,000
33	171,000	4,000	15,100	32,570	5,290	61,570	5,370	33,060	6,420	86,780	26,470	68225,000
34	700,000	5,500	50,100	74,340	3,990	43,050	10,800	46,140	11,460	88,060	30,540	211090,000
35	185,000	4,400	32,100	53,780	4,610	66,590	6,510	26,900	7,560	83,980	40,250	86864,000
36	58,000	4,400	45,600	42,500	4,740	79,700	2,870	17,430	6,070	78,960	46,670	43770,000
37	10,000	5,500	23,800	51,920	5,320	74,610	4,550	20,840	13,010	85,550	20,470	38192,000
38	1,000	6,100	9,700	72,090	5,920	64,790	4,280	30,930	13,230	86,170	43,410	17384,000
39	162,000	4,800	50,800	43,610	4,640	77,690	3,390	18,910	6,380	82,410	29,870	59913,000
40	377,000	4,700	58,100	74,340	3,990	43,050	10,800	46,140	11,460	88,060	30,540	211090,000
41	385,000	8,000	29,700	75,680	6,150	41,320	6,800	51,880	18,630	75,620	59,410	87205,000
42	9,000	2,200	85,200	54,120	6,190	72,200	3,080	24,720	13,250	70,480	36,560	20437,000
43	66,000	7,800	22,500	55,150	8,730	81,980	1,510	16,520	17,400	60,140	53,470	11311,000
44	2314,000	9,700	23,700	75,680	6,150	41,320	6,800	51,880	18,630	75,620	59,410	87205,000
45	245,000	5,700	33,300	75,680	6,150	41,320	6,800	51,880	18,630	75,620	59,410	87205,000
46	193,000	5,700	37,000	68,790	5,280	47,490	4,700	47,810	11,490	87,330	60,240	92198,000
47	4,000	2,300	19,100	40,750	6,290	62,670	1,720	35,610	3,810	82,690	83,580	32245,000
48	118,000	2,400	102,300	66,610	6,560	57,510	3,840	38,640	13,360	76,440	56,620	178991,000
49	492,000	5,400	48,200	41,960	4,930	56,970	9,240	33,780	5,090	87,490	36,700	131665,000
50	66,000	2,900	60,900	42,450	4,700	58,870	14,810	26,320	6,600	88,330	38,970	85095,000
51	696,000	5,700	39,600	55,380	4,560	49,020	11,310	39,670	8,500	89,340	32,970	701393,000
52	57,000	4,500	48,500	64,560	5,170	64,770	6,570	28,660	11,450	82,160	36,350	58465,000
53	10,000	2,200	32,500	70,240	5,730	60,540	6,850	32,610	14,760	79,980	31,450	50835,000



54	108,000	2,800	76,500	32,450	5,310	74,980	3,180	21,840	4,730	84,210	27,720	39365,000
55	493,000	5,400	33,200	55,380	4,560	49,020	11,310	39,670	8,500	89,340	32,970	701393,000
56	4,000	3,900	9,100	41,960	4,930	56,970	9,240	33,780	5,090	87,490	36,700	131665,000
57	620,000	7,400	38,800	75,890	4,270	32,230	8,830	58,940	10,850	92,210	30,320	271738,000
58	105,000	4,500	54,300	32,400	5,060	70,060	4,500	25,450	5,100	86,790	26,170	55393,000
59	65,000	4,400	49,700	32,430	6,130	77,480	5,530	16,990	6,140	88,870	32,970	42790,000
60	533,000	4,900	42,400	40,380	5,790	72,810	6,010	21,180	7,680	88,630	19,230	42496,000
61	312,000	4,400	55,800	62,740	5,220	62,670	4,170	33,160	14,710	87,990	39,220	32549,000
62	871,000	9,500	31,400	75,890	4,270	32,230	8,830	58,940	10,850	92,210	30,320	271738,000
63	1404,000	5,400	59,600	75,890	4,270	32,230	8,830	58,940	10,850	92,210	30,320	271738,000
64	114,000	3,700	74,200	60,060	6,130	51,160	5,100	43,740	8,600	77,480	53,020	136787,000
65	54,000	3,900	77,000	61,670	8,000	72,400	2,080	25,510	18,000	71,540	39,480	28203,000
66	96,000	2,700	44,900	44,240	8,420	75,000	2,030	22,970	8,940	74,330	40,430	12657,000
67	2,000	2,200	59,000	71,350	7,880	60,630	2,890	36,490	19,240	70,010	39,810	32788,000
68	378,000	6,100	41,800	72,110	6,100	54,840	6,800	38,360	16,580	72,570	36,370	70518,000
69	146,000	2,500	33,700	53,640	6,230	66,650	4,760	28,590	8,810	76,140	39,170	26117,000
70	55,000	2,300	35,600	56,590	8,600	82,550	1,630	15,820	17,520	60,870	34,320	11487,000
71	12,000	5,400	35,300	64,670	7,720	78,820	1,810	19,370	21,510	61,970	43,240	37716,000
72	642,000	8,300	22,500	72,110	6,100	54,840	6,800	38,360	16,580	72,570	36,370	70518,000
73	400,000	4,400	58,800	72,110	6,100	54,840	6,800	38,360	16,580	72,570	36,370	70518,000
74	507,000	6,700	43,600	64,740	4,860	55,910	8,100	35,980	7,600	87,820	42,810	116892,000
75	122,000	3,600	86,100	45,330	5,420	77,340	6,460	16,200	5,270	80,650	52,190	39808,000
76	192,000	5,000	68,900	49,420	5,440	75,570	3,570	20,850	6,300	85,670	31,470	39871,000
77	15,000	3,300	12,000	16,080	8,290	85,380	2,020	12,600	2,690	87,760	30,490	7618,000
78	226,000	4,400	38,700	72,940	5,630	59,110	9,750	31,140	15,530	87,810	40,050	65510,000
79	60,000	3,400	46,400	47,790	6,150	79,570	2,940	17,500	5,360	84,910	44,140	28089,000
80	226,000	5,500	46,900	64,740	4,860	55,910	8,100	35,980	7,600	87,820	42,810	116892,000

81	31,000	4,300	63,200	72,940	5,630	59,110	9,750	31,140	15,530	87,810	40,050	65510,000
82	481,000	9,100	24,200	83,940	4,780	30,600	10,430	58,970	11,550	88,990	53,850	147254,000
83	40,000	3,800	49,400	56,200	5,290	73,930	2,910	23,170	12,090	83,990	49,180	30634,000
84	4,000	2,900	16,300	41,880	5,280	79,780	2,390	17,830	5,690	83,850	52,660	41944,000
85	15,000	1,000	53,000	53,390	5,090	77,640	1,580	20,780	7,990	79,300	62,430	29663,000
86	334,000	6,000	37,000	83,940	4,780	30,600	10,430	58,970	11,550	88,990	53,850	147254,000
87	551,000	43,000	55,900	75,430	3,690	33,250	16,110	50,640	8,250	93,490	33,970	553868,000
88	830,000	4,200	52,000	79,050	3,750	18,260	41,160	40,580	8,200	94,570	38,950	237815,000
89	14,000	2,400	32,400	46,880	4,140	65,070	9,640	25,290	4,060	87,880	40,340	105961,000
90	169,000	2,600	39,000	42,110	3,930	68,080	6,670	25,250	2,820	90,300	32,050	94842,000
91	89,000	4,300	28,500	49,580	3,720	67,910	6,510	25,580	5,760	92,300	30,410	85977,000
92	33,000	4,200	30,400	48,660	3,970	66,330	14,990	18,680	3,450	88,400	33,120	98860,000
93	586,000	3,600	49,400	75,430	3,690	33,250	16,110	50,640	8,250	93,490	33,970	553868,000
94	275,000	3,500	41,700	50,360	3,880	31,110	42,120	26,770	5,210	93,860	34,340	787745,000
95	557,000	7,500	31,200	76,950	3,820	35,460	22,810	41,730	7,600	88,810	36,580	298905,000
96	236,000	3,400	53,500	53,420	3,870	67,270	7,310	25,430	3,950	85,500	42,620	98391,000
97	320,000	5,300	58,700	42,220	3,750	73,420	4,390	22,200	3,170	83,790	34,680	74436,000
98	27,000	6,100	18,800	35,790	4,110	75,590	9,920	14,480	2,580	87,220	48,320	46835,000
99	22,000	2,500	52,300	28,360	3,710	85,310	4,390	10,300	1,680	82,660	27,310	53695,000
100	170,000	3,200	33,700	45,700	4,070	70,820	10,750	18,440	2,680	85,860	44,090	55745,000
101	438,000	3,900	91,500	55,740	3,780	62,300	9,130	28,580	4,640	85,410	37,020	109033,000
102	86,000	4,200	34,100	33,810	3,360	82,010	4,460	13,530	1,610	85,170	24,920	64160,000
103	47,000	5,400	19,000	19,120	4,320	82,510	6,230	11,250	1,470	84,190	45,430	63798,000
104	210,000	4,300	43,200	68,140	3,570	44,230	26,150	29,620	5,310	90,790	27,790	255074,000
105	197,000	3,300	44,700	77,450	3,900	45,060	21,540	33,400	7,950	85,610	50,250	102500,000
106	803,000	7,600	33,400	76,950	3,820	35,460	22,810	41,730	7,600	88,810	36,580	298905,000
107	381,000	4,700	56,000	76,950	3,820	35,460	22,810	41,730	7,600	88,810	36,580	298905,000

108	81,000	5,100	23,700	55,740	3,780	62,300	9,130	28,580	4,640	85,410	37,020	109033,000
109	143,000	5,900	45,000	68,140	3,570	44,230	26,150	29,620	5,310	90,790	27,790	255074,000
110	737,000	5,300	29,300	77,450	3,900	45,060	21,540	33,400	7,950	85,610	50,250	102500,000
111	2062,000	5,500	58,100	84,470	3,750	24,910	9,900	65,200	12,950	92,910	30,680	126306,000
112	514,000	3,600	62,300	34,290	4,110	48,170	4,610	47,230	6,130	93,770	29,450	558996,000
113	106,000	4,600	14,800	36,370	4,140	80,440	3,290	16,260	2,560	87,850	19,380	60465,000
114	304,000	3,100	68,800	23,160	3,830	73,360	4,790	21,850	2,280	88,660	27,550	100751,000
115	80,000	4,000	46,500	37,130	4,350	78,370	2,150	19,470	3,240	87,870	43,440	72946,000
116	18,000	3,500	19,400	33,610	4,140	77,890	6,660	15,450	2,290	82,580	29,570	61135,000
117	558,000	2,700	31,400	62,700	3,810	79,160	2,250	18,590	3,780	89,920	36,390	79622,000
118	186,000	5,100	36,700	31,320	3,510	24,210	3,470	72,320	6,850	96,070	41,280	235263,000
119	56,000	2,400	94,600	32,030	4,300	77,650	3,700	18,650	2,370	88,720	34,140	68417,000
120	147,000	3,800	57,700	40,870	4,100	80,920	2,110	16,970	2,990	89,830	29,320	84598,000
121	79,000	3,300	44,200	13,390	3,770	79,580	1,780	18,650	1,630	87,430	29,890	62505,000
122	315,000	3,600	90,100	35,950	4,270	48,620	3,700	47,680	8,370	91,690	30,580	101906,000
123	1648,000	6,000	46,500	84,470	3,750	24,910	9,900	65,200	12,950	92,910	30,680	126306,000
124	1755,000	6,400	50,000	84,470	3,750	24,910	9,900	65,200	12,950	92,910	30,680	126306,000
125	1084,000	5,900	35,300	84,820	4,370	23,100	25,250	51,650	11,210	91,140	40,000	258585,000
126	5,000	2,400	6,200	31,640	5,100	76,300	5,270	18,430	3,520	85,110	37,550	30727,000
127	26,000	4,100	33,400	49,490	4,740	70,580	8,970	20,440	4,940	85,910	50,580	40633,000
128	209,000	3,700	12,000	52,460	5,060	72,530	7,820	19,650	7,380	83,290	49,060	37693,000
129	1184,000	9,300	29,300	84,820	4,370	23,100	25,250	51,650	11,210	91,140	40,000	258585,000
130	500,000	3,600	77,900	84,820	4,370	23,100	25,250	51,650	11,210	91,140	40,000	258585,000
131	349,000	7,000	34,300	86,990	3,610	19,380	14,860	65,760	8,730	94,040	31,810	268541,000
132	27,000	3,600	20,200	46,970	5,480	78,290	2,700	19,010	7,970	91,570	30,430	26218,000
133	13,000	5,800	5,900	88,440	4,340	40,840	7,250	51,910	18,460	96,210	19,900	33514,000
134	246,000	5,800	28,100	34,750	6,030	75,800	4,070	20,140	4,130	89,740	30,240	27856,000

135	388,000	7,800	27,400	86,990	3,610	19,380	14,860	65,760	8,730	94,040	31,810	268541,000
136	813,000	6,300	45,400	86,990	3,610	19,380	14,860	65,760	8,730	94,040	31,810	268541,000
137	1371,000	3,800	55,200	83,280	0,840	33,450	11,940	54,610	14,980	87,760	33,430	118057,000
138	43,000	4,300	28,000	44,480	6,040	82,070	1,630	16,300	5,740	80,300	53,780	24186,000
139	416,000	5,900	40,300	83,280	0,840	33,450	11,940	54,610	14,980	87,760	33,430	118057,000
140	647,000	4,100	63,900	70,090	5,280	48,130	17,070	34,800	9,710	84,580	34,750	121884,000
141	129,000	3,800	64,500	38,650	5,790	74,190	8,440	17,370	6,720	85,050	36,360	46795,000
142	6,000	2,600	40,600	20,250	5,770	85,810	1,350	12,840	3,180	82,220	32,990	22596,000
143	117,000	3,800	81,200	55,740	5,410	65,790	8,600	25,610	8,560	87,110	31,180	91169,000
144	43,000	3,400	26,800	70,090	5,280	48,130	17,070	34,800	9,710	84,580	34,750	121884,000
145	29,000	4,000	27,500	33,560	5,870	79,310	3,720	16,970	4,770	74,340	44,240	28948,000
146	93,000	4,200	54,600	70,090	5,280	48,130	17,070	34,800	9,710	84,580	34,750	121884,000
147	608,000	4,500	54,700	62,730	4,680	47,090	5,260	47,650	8,370	89,030	40,930	90845,000
148	215,000	5,300	36,500	62,730	4,680	47,090	5,260	47,650	8,370	89,030	40,930	90845,000
149	157,000	4,300	79,200	90,430	7,130	31,700	12,500	55,800	29,120	74,630	47,820	65811,000
150	147,000	5,000	44,600	90,430	7,130	31,700	12,500	55,800	29,120	74,630	47,820	65811,000
151	30,000	4,100	42,100	74,990	7,190	40,210	3,010	56,780	19,210	77,290	53,790	50430,000
152	40,000	3,400	59,000	58,470	8,410	59,050	1,090	39,860	13,200	68,530	56,230	67662,000
153	958,000	5,900	42,700	74,880	3,520	35,910	11,070	53,020	6,840	91,810	36,660	214332,000
154	291,000	4,800	33,100	54,460	3,230	46,250	9,580	44,170	7,350	91,900	39,730	172049,000
155	1160,000	5,100	33,400	74,880	3,520	35,910	11,070	53,020	6,840	91,810	36,660	214332,000
156	66,000	4,400	26,900	29,130	3,990	80,470	4,590	14,940	2,130	84,590	35,980	97152,000
157	334,000	3,900	42,300	72,290	3,310	44,330	7,310	48,360	7,510	89,230	36,880	113567,000
158	102,000	4,900	20,200	30,900	3,840	81,000	4,590	14,410	2,960	77,090	52,900	62719,000
159	355,000	4,700	55,300	41,990	3,280	47,620	7,300	45,070	6,140	91,520	32,680	148085,000
160	183,000	4,500	43,500	64,080	4,760	47,160	34,590	18,250	4,910	94,870	28,170	29989,000
161	48,000	5,400	8,800	21,960	3,790	86,090	2,380	11,530	2,280	78,830	64,970	60810,000

162	21,000	4,200	11,100	51,740	3,430	55,960	15,640	28,390	4,150	87,940	47,670	147577,000
163	1272,000	5,800	45,100	74,880	3,520	35,910	11,070	53,020	6,840	91,810	36,660	214332,000
164	525,000	3,700	63,900	80,680	3,360	31,830	15,770	52,400	6,970	93,100	37,910	706831,000
165	300,000	4,300	52,300	41,990	3,280	47,620	7,300	45,070	6,140	91,520	32,680	148085,000
166	97,000	4,200	63,700	64,580	4,180	50,200	7,840	41,960	6,310	90,080	34,150	136439,000
167	18,000	3,100	28,900	38,250	3,840	70,680	4,460	24,860	3,280	89,650	46,450	64858,000
168	625,000	3,500	36,200	64,580	4,180	50,200	7,840	41,960	6,310	90,080	34,150	136439,000
169	145,000	5,800	26,300	61,200	3,780	50,430	7,360	42,210	6,860	91,280	20,860	169093,000
170	11,000	4,600	45,200	41,920	4,390	75,650	4,400	19,950	3,220	82,220	42,830	66362,000
171	132,000	3,800	27,200	54,610	4,410	64,590	9,250	26,160	5,570	83,080	63,080	65212,000
172	227,000	6,200	28,000	61,200	3,780	50,430	7,360	42,210	6,860	91,280	20,860	169093,000
173	496,000	7,300	36,100	79,790	6,660	40,020	5,290	54,690	21,390	73,580	66,130	101474,000
174	45,000	4,900	29,500	79,790	6,660	40,020	5,290	54,690	21,390	73,580	66,130	101474,000
175	85,000	3,100	76,700	48,080	7,640	69,700	3,010	27,290	9,360	70,730	51,420	21024,000
176	455,000	9,000	27,500	79,790	6,660	40,020	5,290	54,690	21,390	73,580	66,130	101474,000
177	81,000	4,600	45,600	79,790	6,660	40,020	5,290	54,690	21,390	73,580	66,130	101474,000

## ÖZ GEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Algın OKURSOY  
Doğum Yeri ve Tarihi : Bornova / İzmir – 16.05.1977

### Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Dokuz Eylül Üniversitesi Fen – Edebiyat  
Fakültesi İstatistik Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi : Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü  
İstatistik Anabilim Dalı

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri : Algın Okursoy, Esin Sayın (2008), “Using Information  
Technology In Administrative Science Education: Case Of Adnan  
Menderes University”, International Conference On Social  
Sciences, Presented Paper, August, 2008.

Ece Aksu Armağan, Algın Okursoy, Oya Eru (2008), “Genç  
Tüketicilerin Cep Telefonunda Marka Bağımlılığını Etkileyen  
Faktörlerin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma”, Üçüncü Sektör  
Kooperatifçilik Dergisi, Cilt.43, Sayı.2, s.107–127.

### İş Deneyimi

Projeler :  
Çalıştığı Kurumlar : ADÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Araştırma Görevlisi,  
2004-2008

ADÜ, Yenipazar MYO, Öğretim Görevlisi, 2008 –  
Devam Ediyor

### İletişim

e-posta Adresi : algin.okursoy@gmail.com

Tarih : 21.06.2010