



Social Sciences Indexed

International
SOCIAL MENTALITY AND
RESEARCHER THINKERS JOURNAL
Open Access Refereed E-Journal & Refereed & Indexed
SMARTjournal (ISSN:2630-631X)



Architecture, Culture, Economics and Administration, Educational Sciences, Engineering, Fine Arts, History, Language, Literature, Pedagogy, Psychology, Religion, Sociology, Tourism and Tourism Management & Other Disciplines in Social Sciences

2019

Vol:5, Issue:20

pp.1034-1044

www.smartofjournal.com

editorsmartjournal@gmail.com

BİREYLERİN SAĞLIK HİZMET KULLANIM KÜLTÜRLERİNİN SAĞLIK EKONOMİSİ PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF THE HEALTH CARE CULTURES OF THE INDIVIDUALS BY THE PERSPECTIVE OF HEALTH ECONOMY

Dr. Öğr. Üyesi Naim KARAGÖZ

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Bölümü, Sivas/Türkiye

ORCID: 0000-0002-6456-1128

Öğr. Gör. Ebrar ILIMAN

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Sivas/Türkiye

ORCID: 0000-0002-5255-8482



Article Arrival Date : 09.04.2019

Article Published Date : 30.06.2019

Article Type : Research Article

Doi Number : <http://dx.doi.org/10.31576/smryj.304>

Reference : Karagöz, N. & Iliman, E. (2019). "Bireylerin Sağlık Hizmet Kullanım Kültürlerinin Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Değerlendirilmesi", International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal, (Issn:2630-631X) 5(20): 1034-1044

ÖZET

Her geçen gün sürekli artan sağlık harcamalarının, azaltılabilmesi ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi, bireylerin sağlık hizmetlerini bilinçli ve doğru kullanmaları ile mümkün olmaktadır. Dolayısıyla kişilerin sağlık hizmet kullanım kültürü sağlık harcamalarını doğrudan etkilemektedir. Bu araştırma bireylerin ekonomik durumlarının sağlık hizmet kullanım kültürlerine etkisini saptamak amacıyla tasarlanmıştır. Kartopu örnekleme yöntemi ile yapılan araştırma sonucunda, bireylerin ekonomik durumlarının, sağlık hizmet kullanım kültürlerinin üzerinde oldukça önemli etkisi olduğu saptanmıştır. Bununla beraber aile hekimliği kullanım oranının gelir düzeyi arttıkça azaldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ekonomi, Sağlık, Kültür, Hizmet

ABSTRACT

The fact that health expenditures, which are continuously increasing every day, can be reduced and quality health services are provided by individuals with conscious and correct use of health services. Therefore, healthcare culture of people directly affects health expenditures. This study was designed to determine the effect of economic status of individuals on health service usage cultures. As a result of the research conducted with snow ball sampling method, it has been determined that the economic status of individuals has a significant effect on health service usage cultures. However, the rate of use of family medicine decreased as the income level increased.

Key words: Economy, Health, Culture, Service

1. GİRİŞ

Günümüzde, artan nüfus, gelir düzeyindeki değişimler, daha önce tanısı konulamamış farklı hastalıkların çıkması gibi birçok farklı nedenle sağlık hizmet kullanımı sürekli artmaktadır. Bu artışın özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yaşanması, gerek bireylere gerekse topluma ve devlete ekonomik yük getirmektedir. Nitekim gelişmiş ülkelerde dahi sağlık hizmetleri

ile ilgili ikinci temel sorun, sağlık harcamalarının yıllık artış hızının GSYİH'nın artış hızının iki katına ulaşmasıdır (Tokgöz, 2011 Getzen, 2010: 334). Sosyal güvenlik sistemi içinde yer alan, toplumsal refaha, ekonomik verimliliğe ve kişinin mutluluğuna doğrudan katkıda bulunan sağlık hizmetlerinin artan maliyeti göz ardı edilemez bir sorundur. Bununla beraber sosyal güvenlik sistemin işleyişinin yol açtığı harcamalar içinde sağlık harcamaları yanında, gelişmiş ülkelerde işsizlik sigortası ödemeleri de son yıllarda büyük boyutlara ulaşmış bulunmaktadır. Ayrıca sakatlık ihtiyarlık ve iş kazaları ödemeleri de bu sistem içinde yer alan giderlerdendir. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en ekonomik şekilde kullanılarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve bireyler arasında en adaletli şekilde bölüştürmek şeklinde tanımlanan (Deloitte, 2008: 2), sağlık ekonomisi bu sebeplerden dolayı oldukça önem arz etmektedir. Mills ve Gilson (1988:2) ise sağlık ekonomisini, ekonomi biliminin teori, kavram ve tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması biçiminde tanımlamaktadır. Sağlık ekonomisinin konusu öncelikle sağlık hizmetlerinin ekonomik analizidir (Tıraş, 2014: 130). Bununla beraber, sağlık harcamalarını kontrol etmek, Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanımını sağlamak, sağlık hizmet standartların belirlenmesini sağlamak, maliyetleri düşürmek, hizmete ulaşılabilirliği sağlamak, hasta ve çalışan memnuniyetini arttırmak sağlık ekonomisinin gereklilik nedenleri olarak sayılabilir (Taşkın, 2012).

Sağlık ekonomistlerinin ortak görüşleri, sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden farklı nitelikte olduğu ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinde piyasa mekanizmasının kaynak dağılımında etkinliği sağlayamayacağı yönündedir (Donaldson vd., 2005: 29). Piyasa başarısızlığı ise bir piyasa sisteminin mal ve hizmetleri ya bütünüyle ya da ekonomik olarak etkin bir biçimde sağlamadaki yetersizliği olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri piyasası da; belirsizlik, asimetrik bilgi, dışsallıklar ve arzın talep yaratması şeklindeki en temel özellikleri nedeniyle (Phelps, 2003: 2; Hurley 2000: 67), yukarıdaki anlamda fiyat mekanizmasının etkinliğini sağlamada yetersiz olan piyasalardan biridir. Piyasa başarısızlığının ortaya çıkardığı sorunlar için en önemli çözüm yöntemi olarak kamu müdahalesinin gerekliliği gösterilmektedir, şöyle ki ekonomi teorisine göre devlet; tekelci gücü kontrol etmek, kamu mallarını korumak, dışsallıkları yönlendirmek ve bilgi asimetrisi ile mücadele etmek amacıyla piyasada olmalıdır (Wonderling vd., 2005: 150). Bu görüş neticesinde, her ülkede farklı düzeylerde de olsa sağlık hizmetlerinin sağlanması, finansmanı ve sağlık sigortası gibi alanlarda kamunun yer alması bir zorunluluk olarak görülmektedir (Çalışkan, 2008: 40). Sağlık piyasalarındaki, yetersiz bilgi, olumsuz seçim ve ahlaki tehlike, dışsallıklar, paternalizm olarak sıralanabilecek sebeplerden ötürü, devletin sağlık sektöründe yer alması gerekmektedir (Sayım, 2017: 16). Sağlık ekonomisi tüm bu sorunların çözümü ve sağlık harcamalarının azaltılması için gerekli bir bilim dalıdır. Fakat sağlık harcamalarının azaltılması ve kalitesinin artırılması için sadece sağlık ekonomistleri ve devletin girişimleri yeterli olmamaktadır. Sağlık harcamalarının azaltılabilmesi ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi, bireylerin sağlık hizmetlerini bilinçli ve doğru kullanmaları ile mümkün olmaktadır. Dolayısıyla kişilerin sağlık hizmet kullanım kültürü sağlık harcamalarını doğrudan etkilemektedir.

Bu bağlamda, Özkoç (2003) sağlık harcamaları ile ilgili yaptığı araştırma sonucunda sağlık kurumu tercihini etkileyen en önemli etmen olarak gelir seviyesi ve kuruma erişim imkânı olduğunu bulmuştur.

Bu araştırma tüm bunlar göz önüne alınarak bireylerin ekonomik durumlarının sağlık hizmet kullanım kültürlerine etkisini saptamak amacıyla tasarlanmıştır.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Sağlık harcamaları üzerinde doğrudan etkisi olan bireylerin sağlık hizmet kullanım kültürüdür; fakat alan yazın incelendiğinde bireylerin sağlık hizmet kullanım kültürlerinin ekonomik açıdan değerlendirildiği araştırma çok kısıtlıdır. Bu sebepten araştırma, bireylerin ekonomik durumlarının sağlık hizmet kullanım kültürlerine etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Bu amaca ulaşmak için;

“Bireylerin ekonomik durumlarının sağlık hizmet kullanım kültürlerine etkisi nedir?” sorusuna yanıt aranmış ve aşağıda yer alan hipotezler test edilmiştir:

H₁: Bireylerin gelir seviyeleri ile sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Bireylerin baktıkları kişi sayıları ile sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: Bireylerin sağlık kurumuna başvuru sıklığı ile sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₄: Bireylerin gelir düzeyi ile katkı payları nedeniyle sağlık kurumuna gitmeme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₅: Bireylerin gelir düzeyi ile sağlık sigortalarının olmaması nedeniyle sağlık kurumuna gitmeme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₆: Bireylerin gelir düzeyi ile tercih edilen sağlık kurumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı araştırmanın evrenini Sivas ilinde ikamet etmekte olan 18-60 yaş bireyler oluşturmaktadır. Örneklem % 95 güven aralığında, % 5 anlamlılık düzeyinde, 384 olarak hesaplanmış ve örneklem seçiminde kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu doğrultta elektronik ortamda hazırlanan anketler sosyal medya aracılığıyla Sivas ilinde ikamet etmekte olan bireylere ulaştırılmıştır. Araştırmanın örneklemi 487 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’ de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Değişkenler	(f)	(%)	
Cinsiyet	Kadın	352	72,3
	Erkek	135	27,7
Yaş	18-29	397	81,5
	30-44	72	14,8
	45-59	18	3,7
Medeni Durum	Evli	177	36,3
	Bekar	310	63,7
Eğitim	İlkokul-Ortaokul	73	15,0
	Lise	119	24,4
	Lisans	277	56,9
	Lisans Üstü	18	3,7
İş	Ev hanımı	69	14,2
	Öğrenci	234	48,0
	Kamu Çalışanı	54	11,1
	Özel sektör çalışanı	84	17,2
	İşveren	15	3,1
	Çalışmıyor	31	6,4
Aylık Gelir	1.000 ₺ altı	204	41,9
	1.000 ₺- 3.000 ₺ arası	172	35,3
	3.001 ₺- 5.000 ₺ arası	82	16,8
	5.000 ₺ üstü	29	6,0
Ekonomik Düzey	Kötü	109	22,4
	Orta	266	54,6
	İyi	112	23,0
Yaşanan Yer	Büyükşehir	113	23,2
	Şehir	230	47,2
	İlçe	109	22,4
	Köy/Kasaba	35	7,2
Sigorta	GSS (SSK, Bağkur, Emekli Sandığı vs.)	370	76,0
	Özel sağlık sigortası	31	6,4
	Sigortam yok	86	17,7

Ankete katılanların 2/3'sini kadınlar, 1/3' ini erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu 18-29 yaş aralığındadır ve bekarlıdır. Katılımcıların yarısı lisans mezunu ve öğrencidir. Katılımcıların aylık gelirleri incelendiğinde çoğunluğunun 1.000 ₺ altı ve 1.000-3.000 ₺ arası gelire sahip oldukları görülmektedir; aynı zamanda katılımcıların yarısı kendisini orta gelir düzeyinde tanımlamaktadır. Yine katılımcıların yarısı şehirde yaşayan ve sadece kendi bakımından sorumlu olan bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların % 76'sı GSS'na sahipken, %6,4'ü özel sağlık sigortasından faydalanmaktadır, % 17,7'si ise sigortasız olduğunu belirtmiştir.

3.2. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket soruları, Atalay (2015), Çezik (2015) ve Özkara (2006)'nın çalışmalarından yararlanılarak araştırmacı tarafından düzenlenmiştir. Anket 32 sorudan oluşmaktadır, sorular katılımcıların demografik özelliklerini ve sağlık hizmet tercihlerini belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır.

4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde katılımcıların sağlık hizmet kullanım kültürüne ilişkin bilgiler ve araştırmanın amacına uygun, gerekli Ki-Kare testlerinin sonuçları verilmiştir. Tablo 2'de katılımcıların sağlık hizmet kullanım kültürüne ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 2. Sağlık Hizmet Kullanım Kültürüne İlişkin Bilgiler

Değişkenler		(f)	(%)
Sağlık Harcaması	1/10	315	64,7
	3/10	114	23,4
	5/10 ve fazlası	58	11,9
Sürekli Hastalığınız Var Mı	Evet	74	15,2
	Hayır	413	84,8
Düzenli Sağlık Kontrollerinden Geçiyor Musunuz	Evet	116	23,8
	Hayır	371	76,2
Sağlık Kurumunu Ne Sıklıkla Değiştiriyorsunuz	Hiç	77	15,8
	Mecburi hallerde	231	47,4
	Bir problem yaşadığımda	179	36,8
Acil Olmayan Durumlarda İlk Başvurduğunuz Yer	Tanıdığım birileri	60	12,3
	Eczane	31	6,4
	Aile hekimliği	174	35,7
	Acil servis	75	15,4
	Devlet Hastanesi Polikliniği	117	24,0
	Üniversite Hastanesi Polikliniği	16	3,3
Acil Durumlarda İlk Başvurduğunuz Yer	Özel Hastane Polikliniği	14	2,9
	Tanıdığım birileri	15	3,1
	Eczane	13	2,7
	Aile hekimliği	52	10,7
	Acil servis	265	54,4
	Devlet Hastanesi Polikliniği	112	23,0
Acil Durumlarda İlk Başvurduğunuz Yer	Üniversite Hastanesi Polikliniği	13	2,7
	Özel Hastane Polikliniği	17	3,5

Tablo 2 incelendiğinde katılımcıların ağırlıklı olarak aylık gelirlerinin 1/10'ini sağlığa harcadıkları görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun sürekli hastalığı olmadığı ve düzenli sağlık kontrollerinden geçmedikleri görülmektedir. Cevaplayıcıların nedeysen yarısı mecburi haller dışında sağlık kurumunu değiştirmediklerini bildirmişlerdir. Acil olmayan durumlarda ilk başvuru yerinin öncelikli olarak, aile hekimliği olduğu, sonrasında devlet hastanesi polikliniği geldiği görülmektedir. Katılımcılardan %15,4'ünün acil servise başvurduğunu söylemesi ise acil servislerin gereksiz ve yanlış kullanıldığını göstermektedir. Acil durumlarda ise katılımcıların yarısı acil servislere başvururken, devlet hastanesi polikliniğini ve aile hekimliğini de tercih ettikleri saptanmıştır.

Tablo 3. Sağlık Harcaması – Gelir Düzeyi İlişkisi Ki-Kare Testi

		Sağlık harcaması			Total	
		1/10	3/10	Yarısı		
Gelir	1.000 ₺ altı	n	139	39	26	204
		% Gelir	68,1%	19,1%	12,7%	100,0%
		% sağlık harcaması	44,1%	34,2%	44,8%	41,9%
	1.000 ₺ - 3.000 ₺ arası	n	110	36	26	172
		% Gelir	64,0%	20,9%	15,1%	100,0%
		% sağlık harcaması	34,9%	31,6%	44,8%	35,3%
	3.001 ₺ - 5.000 ₺ arası	n	51	28	3	82
		% Gelir	62,2%	34,1%	3,7%	100,0%
		% sağlık harcaması	16,2%	24,6%	5,2%	16,8%
	5.000 ₺ üstü	n	15	11	3	29
		% Gelir	51,7%	37,9%	10,3%	100,0%
		% sağlık harcaması	4,8%	9,6%	5,2%	6,0%
Total	n	315	114	58	487	
	% Gelir	64,7%	23,4%	11,9%	100,0%	
	% sağlık harcaması	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0.012*

$\chi^2=16,281$

Phi Cramer's V=0.129*

Katılımcıların gelir seviyeleri ile sağlık harcamalarının karşılaştırılması neticesi Tablo 3'te yer almaktadır. Buna göre Aylık geliri 1.000 ₺ ve altında olanların (204), 139'u (%68,1) gelirlerinin 1/10'ini, 39'u (%19,1) 3/10'ünü, 26'sı (%12,7) ise yarısını sağlığa harcamaktadır. Aylık gelirleri 1.000 ₺ - 3.000 ₺ arası olanların (172), 110'u (%64,0) gelirlerinin 1/10'ini, 36'sı (%20,9) 3/10'ünü, 26'sı (%15,1) ise yarısını sağlığa harcamaktadır. Aylık gelirleri 3.001 ₺ - 5.000 ₺ arası olanların (82), 51'i (%62,2) gelirlerinin 1/10'ini, 28'i (%34,1) 3/10'ünü, 3'ü (%3,7) ise yarısını sağlığa harcamaktadır. Aylık gelirleri 5.000 ₺ üstü olanların ise yaklaşık yarısı (%51,7) gelirlerinin 1/10'ini sağlığa ayırmaktadır.

Kişilerin gelirlerinin sağlık harcamaları üzerinde etkisinin olup olmadığını test etmek için yapılan KiKare analizi sonucunda, gelir ile sağlık harcaması arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve gelir seviyesi arttıkça aylık gelirden sağlığa ayrılan payın da nispeten arttığı görülmektedir.

Tablo 4. Sağlık Harcaması – Bakılan Kişi Sayısı İlişkisi Ki-Kare Testi

		Sağlık harcaması			Total	
		1/10	3/10	Yarısı		
Bakılan Kişi Sayısı	1	n	175	50	33	258
		% bakılan kişi	67,8%	19,4%	12,8%	100,0%
		% sağlık harcaması	55,6%	43,9%	56,9%	53,0%
	2	n	33	10	5	48
		% bakılan kişi	68,8%	20,8%	10,4%	100,0%
		% sağlık harcaması	10,5%	8,8%	8,6%	9,9%
	3	n	36	10	2	48
		% bakılan kişi	75,0%	20,8%	4,2%	100,0%
		% sağlık harcaması	11,4%	8,8%	3,4%	9,9%
	4	n	44	24	7	75
		% bakılan kişi	58,7%	32,0%	9,3%	100,0%
		% sağlık harcaması	14,0%	21,1%	12,1%	15,4%
	5	n	17	7	6	30
		% bakılan kişi	56,7%	23,3%	20,0%	100,0%
		% sağlık harcaması	5,4%	6,1%	10,3%	6,2%
	6	n	10	13	5	28
		% bakılan kişi	35,7%	46,4%	17,9%	100,0%
		% sağlık harcaması	3,2%	11,4%	8,6%	5,7%
Total	n	315	114	58	487	
	% bakılan kişi	64,7%	23,4%	11,9%	100,0%	
	% sağlık harcaması	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0.015*

$\chi^2=21,995$

Phi Cramer's V=0.150*

Katılımcıların baktıkları kişi sayıları ile sağlık harcamalarının karşılaştırılması neticesi Tablo 4’te yer almaktadır. Buna göre 1-2-3 kişiye bakanlarda sağlığa ayrılan pay kişi sayısı ile ters orantılıyken, 4-5-6 kişiye bakanlarda doğru orantılı olarak değişmiştir.

Kişilerin baktıkları kişi sayılarının sağlık harcamaları üzerinde etkisinin olup olmadığını test etmek için yapılan KiKare analizi sonucunda, bakılan kişi sayısı ile sağlık harcaması arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve 1-2-3 kişiye bakanlarda sağlığa ayrılan payın kişi sayısı ile ters orantılı, 4-5-6 kişiye bakanlarda doğru orantılı olduğu saptanmıştır. Bu ise kişi sayısı arttıkça büyüklüklerin de içinde olduğu ve yaşlıların sağlık harcamalarının daha fazla oluşunu düşündürmektedir.

Tablo 5. Sağlık Harcaması – Sağlık Kurumuna Başvuru Sıklığı İlişkisi Ki-Kare Testi

			Sağlık harcaması			Total
			1/10	3/10	Yarısı	
Sağlık Kurumuna Başvuru Sıklığı	Haftada bir	n	11	10	4	25
		% SK başvuru sıklığı	44,0%	40,0%	16,0%	100,0%
		% sağlık harcaması	3,5%	8,8%	6,9%	5,1%
	Ayda bir	n	62	40	13	115
		% SK başvuru sıklığı	53,9%	34,8%	11,3%	100,0%
		% sağlık harcaması	19,7%	35,1%	22,4%	23,6%
	Yılda birkaç kez	n	127	36	14	177
		% SK başvuru sıklığı	71,8%	20,3%	7,9%	100,0%
		% sağlık harcaması	40,3%	31,6%	24,1%	36,3%
	2-3 yılda bir	n	16	6	5	27
		% SK başvuru sıklığı	59,3%	22,2%	18,5%	100,0%
		% sağlık harcaması	5,1%	5,3%	8,6%	5,5%
Çok mecbur olmadıkça gitmem	n	99	22	22	143	
	% SK başvuru sıklığı	69,2%	15,4%	15,4%	100,0%	
	% sağlık harcaması	31,4%	19,3%	37,9%	29,4%	
		% SK başvuru sıklığı	64,7%	23,4%	11,9%	100,0%
		% sağlık harcaması	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p=0.002*

$\chi^2=24,825$

Phi Cramer’s V=0.160*

Katılımcıların sağlık kurumuna başvuru sıklığı ile sağlık harcamalarının karşılaştırılması neticesi Tablo 5’te yer almaktadır. Buna göre her hafta sağlık kurumuna başvuranların (25), %44,0’ü gelirlerinin 1/10’ünü, %40,8’, 3/10’ünü, %16,0’sı ise yarısını sağlığa harcarken; çok mecbur kalmadıkça sağlık kurumuna başvuranların (143), %69,2’si gelirlerinin 1/10’ünü, %15,4’ü, 3/10’ünü ve aynı oranda yarısını sağlığa harcamaktadır.

Kişilerin sağlık kurumuna başvuru sıklığının sağlık harcamaları üzerinde etkisinin olup olmadığını test etmek için yapılan KiKare analizi sonucunda, sağlık kurumuna başvuru sıklığı ile sağlık harcaması arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve sağlık kurumuna başvuru sıklığı arttıkça aylık gelirden sağlığa ayrılan payın da arttığı görülmektedir.

Tablo 6. Gelir Düzeyi – Katkı Payları Nedeniyle Sağlık Kurumuna Gitmeme Durumu İlişkisi Ki-Kare Testi

			Gelir Düzeyi			Total	
			1.000 altı	1.000-3.000	3.001-5.000		5.000 üstü
Katkı Payları Nedeniyle Sağlık Kurumuna Gitmeme Durumu	Evet	n	58	53	15	3	129
		% katkı payı	45,0%	41,1%	11,6%	2,3%	100,0%
		% Gelir	28,4%	30,8%	18,3%	10,3%	26,5%
	Hayır	n	146	119	67	26	358
		% katkı payı	40,8%	33,2%	18,7%	7,3%	100,0%
		% Gelir	71,6%	69,2%	81,7%	89,7%	73,5%
Total	n	204	172	82	29	487	
	% katkı payı	41,9%	35,3%	16,8%	6,0%	100,0%	
	% Gelir	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0.033*

$\chi^2=8,758$

Phi Cramer’s V=0.134*

Katılımcıların gelir düzeyi ile katkı payları nedeniyle sağlık kurumuna gitmeme durumlarının karşılaştırılması neticesi Tablo 6’da yer almaktadır. Buna göre aylık geliri 1.000 ₺ altında olanların %45,0’i, 1.000 ₺ -3.000 ₺ arasında olanların %41,1’i, 3.001 ₺-5.000 ₺ arasında olanların, %11,6’sı, 5.000 ₺ üstü olanların ise %2,3’ü katkı payları nedeniyle sağlık kurumuna gitmemeyi tercih etmektedir.

Kişilerin gelir düzeylerinin katkı payları nedeniyle sağlık kurumuna gitmemeleri üzerinde etkisinin olup olmadığını test etmek için yapılan KiKare analizi sonucunda, gelir düzeyi ile katkı payları nedeniyle sağlık kurumuna gitmemeleri arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve aylık gelir azaldıkça katkı payları nedeniyle sağlık kurumuna gitmeme oranlarının arttığı görülmektedir.

Tablo 7. Gelir Düzeyi – Sigorta Olmadığı İçin Sağlık Kurumuna Gitmeme Durumu İlişkisi Ki-Kare Testi

		Gelir Düzeyi				Total	
		1.000 altı	1.000-3.000	3.001-5.000	5.000 üstü		
Sigorta Olmadığı İçin Sağlık Kurumuna Gitmeme Durumu	Evet	n	43	59	11	4	117
		% sigorta	36,8%	50,4%	9,4%	3,4%	100,0%
		% Gelir	21,1%	34,3%	13,4%	13,8%	24,0%
	Hayır	n	161	113	71	25	370
		% sigorta	43,5%	30,5%	19,2%	6,8%	100,0%
		% Gelir	78,9%	65,7%	86,6%	86,2%	76,0%
Total	n	204	172	82	29	487	
	% sigorta	41,9%	35,3%	16,8%	6,0%	100,0%	
	% Gelir	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0.000*

$\chi^2=17,644$

Phi Cramer’s V=0.190*

Katılımcıların gelir düzeyi ile sağlık sigortalarının olmaması nedeniyle sağlık kurumuna gitmeme durumlarının karşılaştırılması neticesi Tablo 7’de yer almaktadır. Buna göre aylık geliri 1.000 ₺ altında olanların %36,8’i, 1.000 ₺ -3.000 ₺ arasında olanların %50,4’ü, 3.001 ₺-5.000 ₺ arasında olanların, %9,4’ü, 5.000 ₺ üstü olanların ise %3,4’ü sağlık sigortaları olmadığı için sağlık kurumuna gitmemeyi tercih etmektedir.

Kişilerin gelir düzeylerinin sağlık sigortası olmaması nedeniyle sağlık kurumuna gitmemeleri üzerinde etkisinin olup olmadığını test etmek için yapılan KiKare analizi sonucunda, gelir düzeyi ile sağlık sigortası olamaması nedeniyle sağlık kurumuna gitmemeleri arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve aylık gelir azaldıkça sağlık sigortası olmadığı için sağlık kurumuna gitmeme oranlarının arttığı görülmektedir.

Tablo 8. Gelir Düzeyi – Tercih Edilen Sağlık Kurumu İlişkisi Ki-Kare Testi

		Gelir Düzeyi				Total	
		1.000 altı	1.000-3.000	3.001-5.000	5.000 üstü		
Tercih Edilen Sağlık Kurumu	Üniversite Hastanesi	n	22	16	13	5	56
		% tercih	39,3%	28,6%	23,2%	8,9%	100,0%
		% gelir	10,8%	9,3%	15,9%	17,2%	11,5%
	Devlet Hastanesi	n	168	129	45	13	355
		% tercih	47,3%	36,3%	12,7%	3,7%	100,0%
		% gelir	82,4%	75,0%	54,9%	44,8%	72,9%
	Özel Hastane	n	6	15	14	7	42
		% tercih	14,3%	35,7%	33,3%	16,7%	100,0%
		% gelir	2,9%	8,7%	17,1%	24,1%	8,6%
Aile Hekimliği	n	8	12	10	4	34	
	% tercih	23,5%	35,3%	29,4%	11,8%	100,0%	
	% gelir	3,9%	7,0%	12,2%	13,8%	7,0%	
Total	n	204	172	82	29	487	
	% tercih	41,9%	35,3%	16,8%	6,0%	100,0%	
	% gelir	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

p=0.000*

$\chi^2=42,767$

Phi Cramer’s V=0.171*

Katılımcıların gelir düzeyi ile tercih edilen sağlık kurumu karşılaştırılması neticesi Tablo 8’de yer almaktadır. Buna göre aylık geliri 1.000 ₺ altında olanların %82,4’ünün devlet hastanesini, %10,8’inin üniversite hastanesini tercih ettiği; sadece %2,9’unun özel hastaneleri tercih ettiği görülmektedir. Buna karşın aylık gelirleri 5.000 ₺ üstü olanların %44,8’i devlet hastanesini, %17,2’si üniversite hastanesini, %24,1’i ise özel hastaneleri tercih etmektedir. Aylık gelire göre aile hekimliğini tercih etme oranlarına bakıldığında ise aylık geliri 1.000 ₺ altında olanların %23,5’inin, 5.000 ₺ üstü olanların %11,8’inin aile hekimliğini tercih ettiği görülmektedir.

Kişilerin gelir düzeylerinin tercih edilen sağlık kurumu üzerinde etkisinin olup olmadığını test etmek için yapılan KiKare analizi sonucunda, gelir düzeyi ile tercih edilen sağlık kurumu arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve aylık gelir arttıkça özel hastanelerin tercih oranlarının da arttığı, buna karşın aile hekimliği tercihlerinin gelir düzeyi ile ters orantılı olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağlıklı bireylerin, topluma her alanda fayda sağlamasının yanı sıra, ekonomiye de katkı sağlaması beklenmektedir. Sağlık bilincinin gelişmesiyle birlikte sağlık hizmetlerine olan talebin de artması sonucunda sağlığa ayrılan kaynakların miktarı yükselmiştir ve bu durum ekonominin çalışma alanı içerisinde sağlık ekonomisi ile ilgili bir birimin oluşmasına neden olmuştur. Sağlıklı olma bilincinin her geçen gün artışı, ülkelerin bu alana verdiği önemi de artırmaktadır. Günümüzde sağlık ile ilgili göstergeler temel kalkınma göstergesi olarak kabul edilmekte ve bunun sonucunda sağlık ekonomisi ile ilgili çalışmaların sayısı artırmakta ve içeriği zenginleşmektedir.

Sağlık göstergelerinin gelişmesi etkin sağlık hizmet sunumu ve kullanımı ile ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ise bireylerin sağlık hizmet kullanım kültürüyle doğrudan ilişkilidir; toplumun sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutu hakkında bilgi ve farkındalık düzeyleri sağlık hizmet tercihlerine de yansıtacaktır. Tüm bunlar göz önüne alınarak, bireylerin ekonomik durumlarının sağlık hizmet kullanım kültürlerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda, katılımcıların ağırlıklı olarak aylık gelirlerinin 1/10’ini sağlığa harcadıkları bununla birlikte, büyük çoğunluğunun sürekli hastalığı olmadığı ve düzenli sağlık kontrollerinden geçmedikleri görülmektedir. Aynı şekilde, Loş (2016) OECD ülkeleri ile Türkiye’nin sağlık harcamalarını karşılaştırdığı araştırmasında, Türkiye’nin kişi başına sağlık harcamaları ve cari bütçeden sağlığı ayırdığı payın gelişmiş ülkelere göre çok düşük olduğunu ve sağlık hizmet kullanımının etkin olmadığını gözlemlemiştir. Fakat sağlık hizmet kullanımının etkinliği hakkında sadece bütçeden ayrılan paya bakmak yeterli değildir. Şöyle ki gelişmiş ülkelerin sağlık hizmet sunum ücretleri Türkiye’ye göre oldukça fazladır, bu ise aynı düzeyde sağlık hizmeti sunulsa dahi sağlık harcamasının eşit oranda olmadığı anlamına gelmektedir. Bu bağlamda Türkiye’de akredite olmuş hastane sayısının fazla olması, ülkenin jeolojik yapısı, iklim özellikleri, termal kaynakların çok fazla olması, sağlık hizmet sunum ücretlerinin birçok ülkeye oranla düşük olması ve bu sayede sağlık turizmi için tercih edilen bir ülke olması (Kördeve, 2016) gibi avantajları göz önüne alınarak değerlendirilmesinin çok daha objektif olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte Türkiye’de sağlık kurumlarında maliyet hesaplamaları ve araştırmaları yetersizdir, bu da sağlık harcamalarının tespitini zorlaştırmaktadır (Yükçü ve Yüksel, 2016).

Sağlık kurumu tercihleri değerlendirildiğinde ise, acil olmayan durumlarda ilk başvuru yerinin öncelikli olarak, aile hekimliği olduğu, sonrasında devlet hastanesi polikliniği geldiği görülmektedir. Aynı şekilde Çezik (2015)’de yaptığı araştırma sonucunda acil olmayan durumlarda ilk başvuru yerinin aile hekimliği olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte, bu araştırmada katılımcılardan %15,4’ünün acil servise başvurduğunu söylemesi ise acil servislerin gereksiz ve yanlış kullanıldığını göstermektedir. Bu durum ise acil servislerin etkinliğinin düşmesine ve acil servislerdeki bekleme süresinin artmasına sebep olmaktadır. Nitekim Aydın vd. (2010) tarafından, Uludağ Üniversitesi’nin acil servisinde yapılan araştırmada da gereksiz başvurulardan dolayı bekleme süresinin uzun olduğu ve bazı aksaklıklar yaşandığı tespit edilmiştir. Acil durumlarda ise

katılımcıların yarısı acil servislere başvururken, devlet hastanesi polikliniğini ve aile hekimliğini de tercih ettikleri saptanmıştır.

Araştırmanın hipotezlerine ait sonuçlar ise Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Hipotezlerin sonuçları

Hipotezler	Durum
H ₁ : Bireylerin gelir seviyeleri ile sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H ₂ : Bireylerin baktıkları kişi sayıları ile sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H ₃ : Bireylerin sağlık kurumuna başvuru sıklığı ile sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H ₄ : Bireylerin gelir düzeyi ile katkı payları nedeniyle sağlık kurumuna gitmeme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H ₅ : Bireylerin gelir düzeyi ile sağlık sigortalarının olmaması nedeniyle sağlık kurumuna gitmeme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
H ₆ : Bireylerin gelir düzeyi ile tercih edilen sağlık kurumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul

Araştırma neticesinde, kişilerin gelir düzeyi ile sağlık harcaması arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve gelir seviyesi arttıkça aylık gelirden sağlığa ayrılan payın da nispeten arttığı sonucuna varılmış olup, H₁ hipotezi kabul edilmiştir.

Bakılan kişi sayısı ile sağlık harcaması arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve 1-2-3 kişiye bakanlarda sağlığa ayrılan payın kişi sayısı arttıkça azaldığı, 4-5-6 kişiye bakanlarda ise kişi sayısı arttıkça sağlığa ayrılan payın da arttığı saptanmıştır. Bu sonuç ise kişi sayısı arttıkça çekirdek aile değil, büyük aile kavramının oluştuğunu bir başka ifadeyle bakılan kişilerin içinde yaşlıların olduğunu, dolayısıyla yaşlıların sağlık harcamalarının daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuç neticesinde H₂ hipotezi kabul edilmiştir.

Kişilerin sağlık kurumuna başvuru sıklığı ile sağlık harcaması arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve sağlık kurumuna başvuru sıklığı arttıkça aylık gelirden sağlığa ayrılan payın da arttığı görülmekte olup, bu sonuç neticesinde H₃ hipotezi kabul edilmiştir.

Kişilerin gelir düzeyi ile katkı payları ve sağlık sigortası olamaması nedeniyle sağlık kurumuna gitmemeleri arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve aylık gelir azaldıkça katkı payları ve sağlık sigortası olamaması nedeniyle sağlık kurumuna gitmeme oranlarının arttığı görülmektedir. Bu sonuç neticesinde H₄ ve H₅ hipotezleri kabul edilmiştir. Buna karşın, Çezik (2015) araştırmasında bireylerin, sosyal güvencesi olmadığı için ya da katkı payları nedeni ile sağlık kurumuna gitmemek gibi bir davranışta bulunmadıkları sonucuna varmıştır.

Kişilerin gelir düzeyi ile tercih edilen sağlık kurumu arasında anlamlı bir bağlantı olduğu ve aylık gelir arttıkça özel hastanelerin tercih oranlarının da arttığı görülmektedir. Bu bağlamda, Özkoç (2003)’da sağlık harcamaları ile ilgili yaptığı araştırma sonucunda sağlık kurumu tercihinin etkileyen en önemli etmen olarak gelir seviyesi ve kuruma erişim imkânı olduğunu bulmuştur. Fakat, Şantaş vd (2016)’nin, Giresun ilinde bir kamu hastanesinde poliklinik hizmeti alan 283 sağlık hizmeti kullanıcılarından elde ettikleri ve hastane seçiminde etkili olan faktörleri hizmet kalitesi, tanınırlık, personel, fiziki unsur ve tüketiciye maliyet şeklinde 5 boyutta toplamış oldukları araştırma sonucunda; hastane seçimine etki eden en önemli üç faktörün hastanenin hijyen ve temizliği, doktorların tutum ve davranışları ve hastanenin tıbbi-teknik donanımı olduğu, maliyetin ise dördüncü sırada geldiği görülmüştür.

Bununla beraber, araştırma sonucunda, bireylerin aile hekimliğini kullanma oranlarının çok düşük olduğu, bununla beraber ekonomik durum iyileştikçe aile hekimliğine gitme oranlarının da azaldığı görülmektedir. Alan yazın incelendiğinde de bireylerin, birinci basamak sağlık hizmeti kullanımı yerine üniversite ve devlet hastanelerinin kullanıldığı, acil durumda ilk başvuru kurumun sosyal güvenceye göre değiştiği görülmektedir (Ateş vd. 2004). Sağlık kurumu tercihi sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli sunulabilmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için oldukça büyük öneme sahiptir. Bununla beraber, uygunsuz kullanım sağlık hizmetlerinin maliyetinin yükselmesine neden olmaktadır (Gürsoy ve Şimşek, 2015). Bu sonuç neticesinde H₆ hipotezi kabul edilmiştir.

Kısaca özetlemek gerekirse, alan yazın ve araştırma sonuçlarına göre; bireylerin ekonomik durumlarının sağlık hizmet kullanım kültürlerini etkilediği görülmektedir. Bununla birlikte, birinci basamak sağlık kuruluşlarının gereği gibi kullanılması durumunda ihtiyaçların büyük bölümünün karşılanabileceği, ikinci basamaktaki yükün azalacağı, buralarda hasta yığılmaları, gereksiz teknoloji kullanımı ve sağlık hizmetlerinde maliyetlerin yükselmesinin önlenilebileceği söylenebilir (Özkara, 2006).

6. ÖNERİLER

Türkiye’de sevk zinciri güçlendirilerek sağlık hizmetlerinde talebin rasyonalize edilmesi ve böylece kaynak israfını engelleyecek önlemler alınması gerekmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini toplumun geneline anlatabilmek için kamu spotları hazırlanmalı ve toplumun tüm üyeleri sevk zinciri konusunda bilinçlendirilmelidir. Bireylerin sevk zinciri konusunda bilinçlendirilmesi gereksiz tıbbi tetkik ve müdahale sayısını azaltacaktır. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda görevli bireylerin, hastaları yeterli sağlık hizmet sunulduğuna ikna edecek donanıma sahip bireylerden seçilmesi ve bu konuda sürekli eğitime tabii tutulması gerekmektedir. Böylece sağlık piyasasında denge kurulması kolaylaşacak ve bireylerin hizmet memnuniyeti de artırılmış olacaktır.

Sağlık hizmeti kullanım kültürünün oluşmasında, hizmet sunumunun etkisinin yüksek düzeyde olması nedeni ile sağlık çalışanlarının eğitimlerine önem verilmelidir. Bu amaçla sağlık hizmeti kullanım kültürünü artırıcı etkisi olan sağlık hizmetlerinin sunum kalitesi konusunda sağlık çalışanlarının eğitimlerinin artırılması gerekmektedir.

Bireyler sürekli sağlık kontrollerinden geçmesi ve böylelikle de hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi konusunda sağlık kurumlarına yardımcı olacakları, neticesinde hem sağlıklı bir toplum ve de maliyetlerin azalacağı konusunda bilinçlendirilmelidirler. Bununla birlikte bireylere acil servislerin kullanımı ile ilgili olarak da eğitim verilmelidir. Çünkü acillerin gereksiz kullanılmasının yanı sıra, acil durumda acil servise gitmemenin büyük kayıpları da söz konusudur.

KAYNAKÇA

Atalay, E. (2015). Affecting Factors For The Hospital Selection Of Patients In Terms Of Customer Relationship Management: A Research In Özel Kocaeli Akademi Hospital, Thesis For The Degree Of Master, Okan University Institute Of Social Sciences, İstanbul.

Ateş, M. Erbaydar, T. Demirkıran, K. Özhan, G., Cevahir, E. İşçi, E. (2004). Gebze Halkının Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Sağlık Kuruluşlarını Tercih Etme Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, 7 (3): 319-341.

Aydın, T. Aydın, Ş.A., Köksal, Ö., Özdemir, F., Kulaç, S., Bulut, M. (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi, Akademik Acil Tıp Dergisi, 163-168.

Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım, H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26 (2): 29-50.

Çezik, F.L. (2015). Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün Belirlenmesi (Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi Ve Özel Forum Yaşam Hastanesi), Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Deloitte (2008), Türkiye ve Dünyada Sağlık Ekonomisi, www.deloitte.com (20.05.2019).

Donaldson, C., Gerard, K., Jan, S.; Wiseman, V. (2005). Economics of Health Care Financing. China: Palgrave Mcmillan.

Getzen, T. (2010). Health, Economics and Financing (4b.), USA: John Wiley&Sons,Inc.

- Gürsoy, A., Şimşek, P. (2015). Acil Servislerin Acil Sorunu: Uygunsuz Kullanım, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(4), 312.
- Hurley, J. (2000) "An Overview of the Normative Economics of the Health Sector", in Culyer, A. J. and J. P. Newhouse (ed.) Handbook of Health Economics, Amsterdam, Elsevier.
- Kördeve, K. (2016). Sağlık Turizmine Genel Bir Bakış ve Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Yeri, Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2 (1): 51-61.
- Loş, N. (2016). Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri Ve Türkiye Örneği, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Özkoç, H. (2003). Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi Ve Nested Logit Model, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15 (2): 267-280.
- Phelps, C. (2003) Health Economics, New York, Addison Wesley.
- Sayım, F. (2017). Türkiye'de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri Ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, 7 (15): 13-30.
- Şantaş, F., Kurşun, A. Kar, A. (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(1): 17-33.
- Taşkın, Ö. (2012). Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi, Ekonomi Bilimleri Dergisi, 4 (2): 13-23.
- Tıraş, H.H. (2014). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Temmuz: 125-152.
- Tokgöz, E. (2011). İktisat Biliminin Yeni Uygulama Alanı: Sağlık Ekonomisi, İstanbul İktisat Dergisi (1): 12-20.
- Wonderling, D., Gruen, R. ve Black, N. (2005). Introduction to Health Economics, Glasgow: McGraw Hill Education.
- Yükçü, S., Yüksel, İ. (2016). Hastane İşletmelerinde Müşteri Karlılığının Faaliyete Dayalı Maliyet Yöntemi İle Analiz Edilmesi ve Örnek Bir Uygulama, Muhasebe ve Denetime Bakış, 49: 1-18.
- Mills, A., Gilson, L., (1988), Health Economics For Developing Countries: A Survival Kit, Hefp Working Paper 01/88, Lshtm, Also Published As Epl Publication No:17.