



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİLGİ ASİMETRİSİ VE
EKONOMİK ETKİLERİ: ÇANAKKALE ÖRNEĞİ**

Hazırlayan

Kemal TEMEL

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Murat AYDIN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2018



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
**SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİLGİ ASİMETRİSİ VE
EKONOMİK ETKİLERİ: ÇANAKKALE ÖRNEĞİ**

Hazırlayan

Kemal TEMEL

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Murat AYDIN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**Bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Koordinasyon Birimince Desteklenmiştir. Proje Numarası: TYL-2018-2481**

ÇANAKKALE-2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı :Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program Adı : Sağlık Yönetimi

Programın Seviyesi :Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Sahibi Adı ve Soyadı :Kemal TEMEL




Tez Başlığı :Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Ekonomik Etkileri: Çanakkale Örneği

Sınav Yeri :Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sınav Tarihi :19.06.2018

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Jürisi

Danışman	Kurumu	İmza
Doç. Dr. Murat AYDIN	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri		
Doç. Dr. Ufuk GENÇEL	İzmir Demokrasi Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Ayten DİNÇ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	



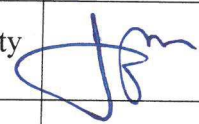
Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

THESIS APPROVAL FORM

Institute Name :Çanakkalale Onsekiz Mart University
Institute of Health Sciences
Programme Name : Healthcare Management
Programme Level :Master of Science (X) Doctor of Philosophy ()
Department :Healthcare Management
Student Name and Surname :Kemal TEMEL
Title of the Thesis : Information Asymmetry and Economic Effects in
Health Services: Çanakkale Sample
Examination Place : Health Sciences Institute
Examination Date :19.06.2018

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science Thesis.

Thesis Exam Jury

Supervisor	Institution	Signature
Doç. Dr. Murat AYDIN	Çanakkale Onsekiz Mart University	
Members of Examination Jury		
Doç. Dr. Ufuk GENÇEL	İzmir Demokrasi University	
Dr. Öğr. Üyesi Ayten DİNÇ	Çanakkale Onsekiz Mart University	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Canakkale Onsekiz Mart University, with decision dated and numbered

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi Madde 8’de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih : 19.06.2018

Tez Sahibi Adı ve Soyadı : Kemal TEMEL

İmza :



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleŐtirilmesinde, daima desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım danışman hocam sayın Doç. Dr. Murat AYDIN'a, yıllardır her durumda koŐulsuz dostluğunu hissettiren Dr. Öğretim Üyesi İbrahim UYSAL'a, tüm zorluklar için birbirimize verdiğimiz sözü yıllardır yerine getirmekten bir an olsun vazgeçmeyen, güler yüzünü ve sıcaklığını hiç esirgemeyen sevgili eŐime, zamanlarından çaldığım, oyun oynamak yerine sessiz kalarak çalıőmalarıma ortak olan canım oğullarıma sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Bu alıőma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimince Desteklenmiştir. Proje Numarası: TYL-2018-2481

Kemal TEMEL

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	III
THESIS APPROVAL FORM	IV
BEYAN FORMU	V
TEŞEKKÜR SAYFASI	VI
İÇİNDEKİLER	VII
TABLO LİSTESİ	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	XI
KISALTMALAR LİSTESİ	XII
ÖZET	XIII
ABSTACT	XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı	2
1.2. Araştırmanın Önemi	2
1.3. Araştırma Soruları ve Hipotez	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Sağlık ile İlgili Kavramlar	5
2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	7
2.1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
2.1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	7
2.1.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
2.1.1.4. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	9
2.1.2. Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktörler	9
2.1.2.1. Kişisel Faktörler	9
2.1.2.2. Kolaylaştırıcı Faktörler	10
2.1.2.3. İhtiyaç Faktörleri.....	11
2.1.2.4. Diğer Faktörler	11
2.2. Bilgi Asimetrisi ile İlgili Kavramlar.....	13
2.2.1. Bilgi Asimetrisi.....	13
2.2.2. Ahlaki Tehlike	14
2.2.3. Ters Seçim	15
2.2.4. Arzın Talep Yaratması.....	15
2.2.5. Bilgi Asimetrisine Bağlı Piyasa Başarısızlıklarına Çözüm Önerileri.....	16
2.2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı	17
2.2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz Yanlı Maliyet Paylaşımı.....	17

2.2.5.3.	Sağlık Hizmetlerinde Karma Ödeme Sistemi	17
2.3.	Ekonomik Etkiler	18
2.3.1.	Hekim Kaynaklı Ekonomik Etkiler	19
2.3.2.	Hasta Kaynaklı Ekonomik Etkiler	19
2.3.3.	Hizmet Sunucularına Bağlı Ekonomik Etkiler	20
2.3.4.	Sosyal Güvenlik Kurumlarına Bağlı Ekonomik Etkiler	20
2.4.	Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri ve Finansmanı	20
2.4.1.	Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri	20
2.4.2.	Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	23
2.4.3.	Finansman Modeli Belirleme Süreci	24
2.4.4.	Sağlık Finansman Modelleri	25
2.4.4.1.	Beveridge Modeli	26
2.4.4.2.	Bismarck Modeli	27
2.4.4.3.	Özel Sigorta Modeli	27
2.4.4.4.	Sosyal Sigorta Modeli	27
2.4.4.5.	Doğrudan Ödeme (Cepten Ödeme Modeli)	27
2.4.5.	Hizmet Sunucularına Ödeme Yöntemleri	28
2.5.	Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Ekonomik Etkileri	29
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1.	Araştırmanın Türü	33
3.2.	Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	33
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	33
3.4.	Etik	33
3.5.	Araştırmanın Veri Toplama ve Analiz Yöntemi	34
3.6.	Kısıtlılıklar	35
4.	BULGULAR	36
4.1.	Hekim Anket Sorularının Dağılımı	36
4.2.	Hasta Anket Sorularının Dağılımı	42
4.3.	Hasta ve Doktor Anket Sorularının Karşılaştırılması	48
4.3.1.	Demografiklerin Karşılaştırılması:	48
4.3.2.	Fiziki Şartlar Karşılaştırması:	48
4.3.3.	Hasta-Hekim İletişimi Karşılaştırması:	49
4.3.4.	Etik Yaklaşım Karşılaştırılması:	50
4.3.5.	Hasta-Hekim Arasında Güven Yaklaşımı Karşılaştırması:	50
4.3.6.	Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi Karşılaştırılması:	51
4.3.7.	Hastaların Eğitim Düzeyine ve Başvurulan Hekime Göre Başvuru Sayısının Karşılaştırılması:	52
4.4.	Anketin Güvenirliliği ve Geçerliliği	53

5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
7. KAYNAKLAR	64
EKLER.....	70

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Piyasa Başarısızlıkları ve Önerilen Politikalar (European Competitiveness Report 2004).....	16
Tablo 2. Ödeme Sistemiyle İlgili Politik Araçların GÜdüleyici Etkileri (Eggleston and Hsieh 2004).....	18
Tablo 3. Sağlık Sistemleri Modelleri (Wild ve Gibis 2003).....	26
Tablo 4. Hekimlerin Demografik Dağılımı.....	36
Tablo 5. Fiziki Şartlar	37
Tablo 6. Hasta-Hekim İletişimi.....	38
Tablo 7. Etik Yaklaşım	39
Tablo 8. Hasta-Hekim Arasındaki Güven Yaklaşımı	40
Tablo 9. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi	41
Tablo 10. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımları	42
Tablo 11. Hastaların Hizmet Aldıkları Sağlık Kuruluşuna Ait Fiziki Şartlar.....	43
Tablo 12. Hasta-Hekim İletişimi.....	44
Tablo 13. Etik Yaklaşım	45
Tablo 14. Hasta-Hekim Arasındaki Güven Yaklaşımı	46
Tablo 15. Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanmadaki Algılarının Ekonomik Etkileri ve Zaman Değerlendirmesi.....	47
Tablo 16. Hasta Hekim Karşılaştırma (Demografik Özellikler).....	48
Tablo 17. Hasta Hekim Karşılaştırma (Fiziki Şartlar)	48
Tablo 18. Hasta-Hekim İletişimi Karşılaştırma	49
Tablo 19. Etik Yaklaşım Karşılaştırma.....	50
Tablo 20. Hasta Hekim Arasında Güven Yaklaşımı Karşılaştırması.....	50
Tablo 21. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi Karşılaştırılması.....	51
Tablo 22. Hastaların Eğitim Düzeyine ve Başvurulan Hekime Göre Başvuru Sayısının Karşılaştırılması	52
Tablo 23. Başvurulan Poliklinik ve Başvuru Sayısı	53
Tablo 24. Temel Bileşenler Analizi (Hekim Anket).....	54
Tablo 25. Rotasyonlu Bileşenler Matrisi	55
Tablo 26. Temel Bileşenler Analizi (Hasta Anket).....	56
Tablo 27. Rotasyonlu Bileşenler Matrisi	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni (Mossialos ve Dixon 2002)	25
Şekil 2. Bilgi Asimetrisi Kaynaklı Arzın Talep Yaratması Probleminin Oluşturduğu İsrar Sorunu (Durmaz ve Erdem 2017).....	31
Şekil 3. Hekimlerin Demografik Özellikleri	37
Şekil 4. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	43
Şekil 5. Anti-image Korelasyon Matrisi.....	54
Şekil 6. Anti-image Korelasyon Matrisi.....	56

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüsü
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
N	: Örnek Sayısı
OECD	: Organisation for Economic Co-operation Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
Ort.	: Ortalama
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Packages for the Social Sciences
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
St.	: Standart
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TL	: Türk Lirası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization
%	: Yüzde

ÖZET

Bilgi asimetrisinin hâkim olduğu piyasalarda, alıcı ve satıcılar aynı bilgiye sahip değildir. Bu durum daha iyi bilgiye sahip taraf açısından bir üstünlük sağlarken, bilgiden yoksun taraf içinse asimetri oluşturmaktadır. Simetrik ve asimetrik bilginin yoğun olduğu alanlardan birisi de sağlık hizmetidir. Çünkü sağlık hizmetleri piyasasında hizmet sunucu ve alıcıları arasındaki ilişki temelde bilgiye dayanmaktadır. Hizmet alıcısı konumundaki hastaların, hastalıkları hakkında tam ve detaylı bilgiye sahip olabilmeleri her zaman mümkün değildir. Bunun yanında hizmet sunucu konumundaki hekimlerin, hastalarının hastalıkları ve tedavileri hakkında daha fazla bilgiye sahiptir. Bu durum sağlık hizmetleri piyasasında bilgi asimetrisine neden olarak ekonomik kayıplar ortaya çıkarabilmektedir. Bu tez çalışması kapsamında hem literatür taraması hem de nicel bir araştırma (anket) ile bilgi asimetrisine bağlı olarak hasta-hekim arasındaki ilişki esnasında fiziki şartlar, iletişim, etik ve güven algısının neden olduğu ekonomik etkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Çanakkale ilinde görev yapan hekimler ile bu hekimlerden hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında 172 hekim ve 384 hastaya ulaşılarak anket uygulanmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre sorulan sorulara verilen cevaplar incelendiğinde iki grup arasında algı düzeyi açısından anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti kullanımında, eğitim düzeyi ile sağlık bilgi düzeylerinin oldukça etkili olduğu görülmüştür. Hasta ve hekim arasındaki iletişimin, güven algısının, tanı ve tedavi sürecini etkilediği, hastaların hizmet alma eğilimleri üzerinde değişikliğe yol açtığı, bu değişikliklerin hastaların gereksiz ve aşırı hizmet kullanımına, bunun yanında yol, zaman, iş kaybı vb. kayıplar nedeniyle ekonomik kayıplar ve maliyet artışına neden olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Bilgi Asimetrisi, Hasta-Hekim İlişkileri, Ekonomik Etkiler, Çanakkale

ABSTRACT

Information Asymmetry and Economic Effects in Health Services: Çanakkale Sample

In the markets where information asymmetry is dominant, buyers and sellers do not have the same knowledge. This provides an advantage over the better-informed side, while it creates a negative situation for the less-informed side. One of the areas where symmetrical and asymmetric information is intense is the health service. Because the relationship between service providers and buyers in the health care market is basically based on knowledge. It is not always possible for patients in the service area to be able to have full and detailed knowledge of their illnesses. In addition, it is inevitable that the physicians in the service provider have more information about their patients' diseases and treatments. This leads to information asymmetry in the health care market, as well as economic losses. Within the scope of this thesis study, it is aimed to investigate the economic effects of physical condition, communication, ethics and confidence in the relationship between patient and physician depending on the information asymmetry and both a literature search and a quantitative research (questionnaire). The universe of the research constitutes the doctors working in the province of Çanakkale and the patients receiving services from these physicians. In the scope of the study, 172 physicians and 384 patients were reached and a questionnaire was applied. When the answers to the questions asked according to the results of the work done were examined, it was determined that there is a meaningful difference in perception level between the two groups. It has been observed that the level of education and health information is very effective in the use of health services. Communication between the patient and the physician affects the perception of trust, diagnosis and treatment process, changes in the tendency of the patients to receive services, these changes are caused by unnecessary and excessive use of the patients, as well as loss of time, economic losses due to losses and cost increase.

Key Words: Health Service, Information Asymmetry, Patient-Physician Relations, Economic Impacts, Çanakkale

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmeti, her bireyin eşit, ulaşılabilir ve hakkaniyet içinde alması gereken insani bir haktır. Bu haktan, herkesin faydalanabilmesi için gerekli altyapı ve insan gücünün sağlanması gerekmektedir. İnsanlığın varoluşundan bu yana bu hizmetin sunumu sadece bireyler açısından değil, toplumsal açıdan da değerlendirilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti, hizmet sunucuları ile hizmet alıcıları arasında çeşitli faktörlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Blum'un geliştirdiği çevresel yaklaşım modeline göre sağlığı 4 temel faktör etkilemektedir. Bunlar; çevre, davranış, sağlık hizmetleri ve kalıtım olarak sıralanmıştır. Bu faktörler farklı toplumsal yapıların etkisi altında birbirlerini etkilemektedir (Blum 1974). Blum'un modeline ilave olarak, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık politikaları ve girişimleri değişkenleri de ayrıca çevresel yaklaşım modellerine eklenmiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Sağlık hizmeti alanlar ve sunucularını birçok faktörün etkilediği görülmektedir. Sağlık hizmetleri piyasada tam bilginin var olduğu varsayılmaktadır. Yani sağlık piyasasındaki hizmet sunucuları ile hizmet alanlar her mal ve hizmetin fiyat ve kalitesini bilmektedir. Oysa olması gerekenin aksine bilgi düzeyi hizmet sunucuları ile alıcıları arasında farklılık göstermektedir. Çünkü piyasada gerçek bilgi hiçbir zaman iki taraf içinde tam olarak var olmamıştır (Folland ve ark. 2010). Sağlık piyasasında her zaman hekim hastadan çok daha fazla bilgiye sahiptir. Bu durum asimetrik bilgi kavramına neden olmakta ve hastaların hekim tercihleri ile tedavi süreçleri üzerine etki etmektedir.

Hasta ile hekim arasındaki ilişki, sağlık hizmeti açısından en önemli unsurlardan birini oluşturmaktadır. Hasta ile hekim arasında sağlıklı iletişim kurulması tedavi süreci ile yakından ilişkilidir. Bu ilişkide belirleyici rol oynayan faktör ise bilgi asimetrisine bağlı olarak hastanın hekimi vekil seçmesidir. Hasta alması gereken hizmetin ne olduğunu, miktarını ve kalitesini bilmezken hekimin hastalığını ve tedavisinin ne olduğunu bildiğini kabul etmektedir. Hasta sadece hastalıktan sağlığa doğru olan olumlu gelişmelere göre yüzeysel değerlendirme yapabilecek durumdadır (Top ve Tarcan 2007). Bu nedenle hasta, hekimi kendisinin vekili olarak görmekte ve hastalığı ile ilgili tüm gerekenleri hekimin yapmasına olanak vermektedir.

Vekâlet ilişkisi hasta ile hekim arasında bilgi düzeyindeki farklılıklar nedeniyle ters seçim, arzın talep yaratması ve ahlaki sorunlara neden olabilmektedir. Bunun

yanında bilgi asimetrisine bağlı olarak hastanın hekime olan güven duygusundaki değişiklikler, iletişim düzeyindeki aksaklıklar, hastalık algısı gibi nedenlerle hastaların birden fazla hekime gitmeleri, tedavi sürecindeki kararsızlıklar ve sürecin uzamasına bağlı gelişen sorunlara da neden olabilmektedir.

Hasta ve doktorun davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan maliyet artışına çözüm üretme konusunda çok sayıda teorik ve ampirik çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar, maliyet artışına hem arz hem de talep cephesinde yer alanların bir şekilde katlanmaları gerektiği görüşünde birleşmektedir (Bilgili ve Ecevit 2008).

1.1. Problemin Tanımı

Hasta ile doktor arasındaki ilişki sağlık hizmetleri pazarı için temel teşkil etmektedir. Bu ilişkinin dayandığı en güçlü duygu ise güven duygusudur (Çınaroğlu 2014). Hasta-hekim ilişkisi günümüzde üzerinde önemle durulan konulardan birisidir. Bahsi geçen ilişkide hekim sahip olduğu bilgi sayesinde karar verici konumdadır ve çoğu kez klinik özgürlükler çerçevesinde, sorgulanamaz kararlar alabilmektedir (Akkaş 2012). Sağlık hizmetleri sunumunda hastaların alacakları hizmeti hiç bilmemeleri ya da kısıtlı bilmeleri, buna karşılık hizmet sunucuların bilgi sahibi olmaları ve hastalar adına karar vermeleri nedeniyle ortaya çıkan durum bilgi asimetrisi yaratmaktadır.

Oysa alıcı ve satıcı arasında her zaman bir güven duygusunun olması gerekmektedir. Güven arttıkça asimetrik bilgi varlığı önemini yitirmeye başlamaktadır. Son zamanlarda Türkiye’de hastaların sağlığa daha kolay ulaşması ve fiziki mekânlardaki olumlu gelişmeler söz konusu olmaktadır. Bu da insanları memnun etmektedir. Ancak esas mesele doğru tedavinin doğru zamanda ve doğru şekilde yapılması, sık sık görülen ve çok önemli olduğu kabul edilen asimetrik bilgiden kaynaklanan (ekonomik amaçlarla) işlemleri olabildiğince azaltıldığında memnuniyet daha da arttırılmasıdır. Bu durum da hem ülke kaynakları boşa harcanmayacak hem de sosyal birçok sorunun önüne geçilebilecektir (Özcan ve ark. 2013).

1.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık sektörünün gelişimi hasta ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak sağlanabilecektir. Bu nedenle hükümetler yalnızca sağlık kuruluşlarının sundukları hizmetleri devam ettirmeleri için yeni mali kaynaklar bulmak zorunda kalmamakta, aynı zamanda mevcut kaynakların en etkili biçimde kullanımı ve hasta memnuniyetini

sağlamaya da çalışmaktadırlar (Shabbir ve ark. 2010). Hastaların hekimlere güven sorunu yaşadığı, bu sebeple hasta hekim ilişkilerinde güveni sağlayıcı çalışmalar yapılması gerektiği ifade edilmektedir (Akkaş 2012). Hasta ve doktorların ise kendilerinden beklenen davranışları göstermemeleri belirsizlik ve asimetrik bilgiyle açıklanmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri piyasasında aşırı tüketime ve maliyet artışına yol açan asimetrik bilgi problemlerine ilişkin çözüm üretmek bir zorunluluk halini almaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008).

Hizmet verenler, eğer tam anlamıyla bir memnuniyet tesis etmek istiyorsa ki “Tüm işletmeler ve kamu hizmet birimlerinin temel hedefi bu olmalıdır” hizmet almakta olan kişinin tedaviye ilişkin bilgi düzeyinin artırılması yönünde de bir çalışma yapmaları gerektiğini belirtmektedir (Özcan ve ark. 2013).

Sağlık hizmetlerinde piyasada asimetrik bilginin varlığı, piyasa etkinliğinde sorunlara neden olmaktadır. Hastalar bilgi farklılıklarından dolayı kendileri için gerekli olan tedavinin, süresi ile ücreti hakkında bilgi sahibi olamamaktadır. Bu durum hizmet sunucusu lehine sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda asimetrik bilginin neden olduğu güven ve tatminsizlik duygusu hastalar üzerinde baskı oluşturarak, tedavi sürecinde aksaklıklara neden olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi nedeni ile hastaların birden fazla hekime başvuru yapmaları, sağlık merkezi değişiklikleri, hekimlerin gereksiz hizmet uygulamaları gibi iş gücü ve emek kaybına neden olabilecek ekonomik kayıplarının belirlenmesi, hastalar üzerindeki tatminsizlik düzeyinin belirlenmesi, konunun etik açıdan değerlendirilmesi, hasta-hekim ilişkilerinin geliştirilmesi, çalışmanın önemini oluşturmaktadır.

1.3. Araştırma Soruları ve Hipotez

1. Bilgi asimetrisinin neden olduğu ekonomik kayıpların boyutları nelerdir?
2. Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.
3. Hekimlerin tecrübesi karar verme aşamasını etkilediğinden ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.
4. Hekimler yetersiz bilgi ve iletişim nedeniyle hastaların sistemi daha fazla kullanması ile ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.
5. Hekimlerin mesleki açıdan kendilerini yeterli hissetmemeleri ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.

6. Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkileyerek ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.
7. Hekimlerin performans kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur.
8. Hastaların verilen ilaçları düzenli ve tam olarak kullanmaması ekonomik ve zaman kaybına neden olur.
9. Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanmasına neden olarak ekonomik ve zaman kaybına neden olur.
10. Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.
11. Hekimler performans beklentileri nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırarak ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.
12. Hastalar hekimlerden tanı ve tedavi için gereksiz tetkiklerin yapılmasını isteyerek ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.
13. Uzman hekim sayısının yetersiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.

Sağlık piyasalarında bilgi asimetrisinin neden olduğu maliyet artışı, hasta hekim davranışları üzerine etkileri ve bu etkilerin neden olduğu ekonomik kayıplar bu tez çalışmasının konusunu oluşturmaktadır. Çalışmada hekim ve hastalara benzer sorular anket uygulaması yöntemiyle uygulanmış ve aynı konular üzerindeki davranış ve yaklaşımların kıyaslanması sağlanmaya çalışılmıştır. Bu anket uygulaması ile karşılıklı güven, beklenti, tatmin ve etik yaklaşımların belirlenmesi ve bu yaklaşımların hastalar üzerinde oluşturduğu hastalık algısı ile hizmet alma eğilimleri belirlenerek ekonomik etkileri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Hasta ve hekim ilişkilerinde bilgi asimetrisinin neden olduğu aşırı tüketim ve neticesinde maliyet artışına bağlı sorunlara çözüm önerileri getirilmesi çalışmanın öncelikli amacı olmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

Sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmetlerinin yapısı, sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler, sağlık ekonomisi ve sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi ile ilgili kavramlar aşağıda ele alınmıştır.

2.1. Sağlık ile İlgili Kavramlar

Bu başlık altında sağlığın tanımı, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yapılmıştır.

Dünya Sağlık Raporu 2000’de sağlık sistemlerinin sınırlarına yönelik kullanılabilir birtakım tanımlara yer vermiştir (Uğuroğlu ve Çelik 2005). Sağlık kavramı birçok farklı şekilde tanımlanmış ve açıklanmaya çalışılmıştır. Her toplum ve ülkenin sağlık yaklaşımı, kendi içinde değerlendirilmelidir. Ancak sağlık kavramını açıklarken ülke olarak üyesi olduğumuz uluslararası kuruluş olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün yapmış olduğu tanım şöyledir;

“Sağlık; sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (WHO 2000). DSÖ’ nün bu tanımı bireysel yaklaşım göstermektedir. Kişilerin eğitim ve bilgi düzeyleri, sağlık algıları, kültürel yaklaşımlar gibi faktörler sağlık kavramını bireysel olarak etkilemektedir. Oysa sağlık birden fazla değişkenden etkilenen karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık kavramı yaşanılan çevreye, örf adetlere ve kişiden kişiye göre değişiklik göstermektedir (Akın 2007). Sağlık hizmet sunucularının çeşitliliği, sigorta ve ödeme sistemleri gibi bireysel olmayan faktörlerin varlığı da göz ardı edilemez (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalıklarında tedavi etmek, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanları başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilite etmek ve toplumların sağlık düzeyini yükseltebilmek amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümü “sağlık hizmetleri” olarak tanımlanmaktadır (Eggleston 2004). Sağlık hizmetlerinin alınıp satıldığı piyasa ise sağlık hizmetleri piyasası olarak ifade edilmektedir (Normand 1991). Sağlık piyasası, insanlar için en önemli kavramlardan biri olan sağlık kavramının kazanılması, korunması, sürdürülebilir olması amacıyla mal ve hizmet üreten sistemlerin var olduğu piyasadır. Bu piyasada sunulan hizmetlere ifade edildiği üzere sağlık hizmeti denmektedir (Akın 2007).

Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üç başlık altında değerlendirilmektedir. Hastalıkların önüne geçebilmek, hasta

olanların tedavilerinin yapılmasını sağlamak ve son olarak da rehabilitasyon aşaması ile hem bireylere hem de topluma sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin temel girdileri, insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve ekipmanlardır. Sağlık sisteminin çıktıları ise, yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir (WHO 2000).

Sağlık hizmetlerinde amaç; hastaya mümkün olan en kısa sürede, ulaşılabilecek uygun bir fiyat seviyesinde, güler yüzlü ve şefkatli, alternatif tedavi yöntemlerini de kendisine sunarak bilgilendirici tarzda, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri çerçevesinde, eldeki olanaklar ölçüsünde medikal anlamda en iyi hizmeti sunmaktır (Özgirin ve Taş 1996).

Temel sağlık hizmeti, sağlık sisteminin özü ve aynı zamanda toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesinin önemli bir parçasıdır. Temel sağlık hizmeti, halkın yaşadığı ve çalıştığı bölgelere imkânlar ölçüsünde yakın yerlerde sunulan, sürekli sağlık hizmeti sürecinin ilk basamağı, toplumun, ailelerin ve bireylerin ulusal sağlık sistemi ile karşılaştıkları ilk noktadır (Kızıılçelik 1996).

Sağlık hizmetlerinin kendine has yapısı nedeniyle karakteristik özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Yerebakan 2000):

- Sağlık hizmetlerinde çok sayıda meslek grubu birlikte hizmet verir.
- Yapılan işler karmaşık ve değişkendir.
- Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur.
- Yapılan faaliyetlerin çoğu acil ve ertelenemeyecek özelliktedir.
- Yüksek düzeyde uzmanlaşma vardır.
- Çatışmaya yol açan ikili otorite yapısı vardır.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- İnsan kaynakları ağırlıklı olarak, kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflerine öncelik veren profesyonellerden oluşur.
- Hizmetin ve dolayısı ile gelirin belirleyici bölümünü oluşturan hekimlik fonksiyonları, tümüyle denetlenebilir özellikte değildir.
- Yapılan işlemlerin yanlışlık ve belirsizliklere karşı toleransı dardır.
- Sağlık hizmetlerinin birincil amacı kar etmek değildir.

- Sağlık hizmetleri üretim faktörleri kıt kaynaklardandır.
- Sağlık sektörü diğer sektörlere oranla çok hızlı değişip gelişen bir sektördür.

2.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri tedavi verilen hasta grubu, hizmet sunumunda kullanılan imkân ve olanaklar, hizmetin amaçları, toplumsal ve bireysel olmak üzere hizmet şekline göre sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sınıflandırması dört başlık altında incelenmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

2.1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireylerin ve toplumun karşılaşabileceği hastalık risklerini belirlemek ve bu risklerin mümkünse ortadan kalkmasını sağlamak ya da minimum seviyeye indirerek sağlıklı kalmayı ve sağlığı sürdürülebilir kılmayı hedefleyen sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Herhangi bir hastalık etmeninin ortaya çıkmadan, bireyi hasta etmeden önce bertaraf edilmesi ve bireyin sağlığının korunması için sağlanan hizmetlere koruyucu sağlık hizmetleri denmektedir. Bu hizmetler; doğrudan bireye yönelik hizmetler ile birlikte bireyin içinde bulunduğu çevreye yönelik hizmetleri de içermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bireylere, içebilecekleri temiz suyun sağlanması, çevre sağlığı, sigara tütün alkol gibi zararlı alışkanlıklardan koruma ile sıtma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama, erken tanı, beslenme, obezite, aile planlaması ve sağlık eğitimi gibi toplum tabanlı konular ele alınarak bireylerin hasta olmadan sağlıklı bir yaşam sürmeleri hedeflenmektedir (Öztek 2001).

Koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimleri, sağlık evleri, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerince yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

2.1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireyin hastalanması ile birlikte bir takım tetkik, muayene ve tedavi sürecini içeren hizmetler bütünüdür (Yıldırım 1994).. Hastalar teşhis ve durumlarına göre ayaktan, yatarak ve evde sağlık hizmeti şeklinde hizmetlerden yararlanmaktadır.

Bu hizmetler; hastalık ya da kaza sonucu bireyin teşhis ve tedavisinin yapıldığı sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta olmaları önlenemeyen bireylerin eski sağlık düzeylerine ulaşmaları amacıyla sunulan sağlık hizmetlerinin bütünüdür. Bu hizmetler hekim sorumluluğunda diğer sağlık

profesyonellerinin katkılarıyla verilmektedir (Kavuncubaşı 2000). Tedavi edici sağlık hizmetleri 3 başlık altında incelenmektedir (Yurdadoğ 2006).

- *Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri*

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıkların tedavisi için hastaneye yatışın gerekli olmadığı, uygulanan tedavinin evde ya da ayakta verildiği, daha çok iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleridir (Yurdadoğ 2006). Aile hekimleri, sağlık evleri, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı merkezleri ile aile planlaması merkezleri birinci basamak sağlık kuruluşlarını oluşturmaktadır.

- *İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri*

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı ve tedavisi gerçekleştirilemeyen hastaların tetkik, teşhis ve tedavilerinin gerçekleştirildiği özel ve kamuya ait hastanelerce verilen hizmetleri kapsamaktadır. Tamamlayıcısı olduğu koruyucu sağlık hizmetlerine göre personel, donanım ve hizmetin verileceği alanlar bakımından daha karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu durum tedavi edici sağlık hizmetlerindeki maliyetleri de etkilemektedir. Hastalar ayaktan, yatarak ve evde olmak üzere hizmet alabilmektedir (Yurdadoğ 2006).

- *Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri*

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin son basamağını oluşturmaktadır. Bir ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı ve tedavileri tam olarak gerçekleştirilemeyen hastaların hizmet aldığı üniversite, eğitim araştırma, onkoloji ve ihtisas hastaneleri gibi belli özellikli alanlarda uzmanlaşmış daha ileri tıp teknolojilerinin kullanıldığı tedavi merkezlerinde verilen hizmetlerdir (Yurdadoğ 2006).

2.1.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerin hastalık, kaza, yaralanma ve doğal afet gibi olaylar neticesinde fiziki ya da ruhsal açıdan sakat kalmalarının ardından, fiziki ve sosyal açıdan tekrar eski hayatlarına dönmelerine yardımcı olan, bireyi yaşadığı çevre ile uyumlu hale getirmeyi hedefleyen sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Rehabilitasyon hizmetleri, fiziksel ve ruhsal açıdan sakat kalmış olanların kimseye ihtiyaç duymadan kendi kendilerine yeterli olacak şekilde hayatlarını sürdürebilmelerini sağlamak için verilen hizmetlerdir (Öztek 2001). Rehabilitasyon edici hizmetlerde temel amaç, bireyleri hem muhtaç olmaktan korumak hem de sakat

kişilerin sosyal yaşantıları içinde uyum içinde yaşamlarını sağlamaktır (Kurtulmuş 1998).

2.1.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, bireylerin beden ve ruhen sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşam süresinin yükseltilmesini hedef alır. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri bireylerin ve toplumun sağlık durumunu iyileştirmenin yanında çevre ile birlikte ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapının değiştirilmesini hedefler. Bu nedenle sağlık geliştirilmesi hizmetleri, ulusal ve uluslararası boyutta tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarının da sorumluluklarını kapsar (Kavuncubaşı 2000).

Bireyin, çevresi ve toplum ile tam bir uyum içinde yaşayabilmesi için gerekli tüm koşulların sağlanması amacıyla, teknolojik gelişmeler ile birlikte ihtiyaç duyulan ilaç, donanım ve personel ihtiyaçlarının karşılanmasını da içeren bir yaklaşımdır. Bireysel ve toplumsal ihtiyaçların yanında küresel olarak belirlenmiş olan kurallara ve ihtiyaçlara göre de işlem tesisini gerektirir. Örnek olarak uluslararası çapta başlatılan bir aşılama kampanyasına katılımın sağlanması verilebilir. Bireylerin ve toplumun sosyo-kültürel yaklaşımları, sosyo-ekonomik durum, demografik özellikler vb. birçok faktörün yanında dünyada yaşanan gelişmeler ve teknolojik ilerlemeler de göz önünde bulundurularak yapılacak yatırımların ve harcamaların belirlenmesi için harcanan çabalar bütünü olarak görülebilir.

2.1.2. Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmeti kullanımı birçok faktörün etkilediği karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu da farkına varma, hizmetlere ulaşılabilirlik, kabul edilebilirlik ve ödenebilirlik konularını içine almaktadır (Vissandjee ve ark. 1997). Sağlık hizmeti kullanımı hem arzın hem de talebin bir fonksiyonudur. Sağlık hizmetleri sistemiyle temas kurmada etkili olan faktörlerin sosyo-ekonomik, fiziksel, kültürel ve demografik olduğu ifade edilmektedir (MacStavic 1978).

2.1.2.1. Kişisel Faktörler

Sağlık hizmetleri kullanımında bazı bireyler diğerlerine oranla daha fazla tüketim eğilimi gösterebilir. Bu durum hastalığın ortaya çıkışından önce var olan kişisel özelliklere bağlılık gösterebilir. Kişisel özellikler üzerinde etki gösteren durumları, demografik özellikler, sosyo-ekonomik özellikler ve tutum ve davranış özellikleri

olarak üçe ayırmak mümkündür (Andersen ve Newman 2005).

Bireylerin kişisel özellikleri almış olduğu hizmeti algılamasında, tatmininde ve beklentilerinin karşılanmasında belirleyici olabilmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin kullanımını da etkilemektedir.

- *Demografik Özellikler*

Sağlık hizmeti kullanımı cinsiyet, yaş, medeni durum, ırk vb. birçok faktör tarafından etkilenmektedir. Bireyin demografik özellikleri ise burada hem hizmet alıcısı hem de hizmet sunucuları açısından önemlidir. Yapılacak olan tedavinin etkinliği ve sonuçları üzerinde yaş, cinsiyet ve diğer demografik özellikler belirleyici olabilmektedir. Örneğin, çocuk hastalara uygulanabilen ilaç dozları ile yetişkin dozları arasında farklar vardır. Tıbbi açıdan yapılacak olan girişimlerde de bu özellikler belirleyici olabilmektedir (Folland ve ark. 2010).

- *Sosyo-Ekonomik Özellikler*

Sosyo-ekonomik özellikler bireyin toplum içindeki statüsü ve ekonomik durumuyla yakından ilişkilidir. Bireyin eğitim düzeyi, sahip olduğu meslek, gelir düzeyi, aile yapısı, inanç, soy, kültür vb. özelliklerdir. Sosyo-ekonomik özellikler sağlık hizmeti alıcıları ve hizmet sunucuları farklı düzeylerde etkilemektedir. Bu özellikler bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimleri üzerinde etkili olarak hizmet sunucularını da etkilemektedir (Mutlu ve Işık 2012).

- *Tutum ve Davranışlar*

Bireylerin sağlık ve hastalık konusundaki bilgi düzeyleri, duyarlılık seviyeleri, aldıkları hizmete olan güven duygulanımları, tatmin düzeyleri sağlık hizmeti kullanımında demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerinin dışında ayrıca belirleyici olmaktadır. Hizmet sunucularının vermiş olduğu hizmet düzeyi ne kadar yüksek kalitede olursa olsun bireyin aldığı hizmeti değerlendirmesi kalite algısına göre değişiklik gösterebilmektedir (Erdem ve Pirinçci 2003).

2.1.2.2. Kolaylaştırıcı Faktörler

Bireyin ailesinin gelir düzeyi ve sigorta kapsamı, yaşadığı bölgenin nitelikleri, sağlık kurumlarının ve personel sayılarının düzeyleri sağlıkta kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Kolaylaştırıcı faktörler aile ve kamusal özellikler olarak iki başlık altında açıklanabilir. Kolaylaştırıcı faktörler bireylerin alacakları sağlık hizmetlerinde önemlidir. Örneğin diş hizmeti sigorta kapsamında olmayan bir birey, mümkün

olduğunca bu hizmeti almaktan kaçınacaktır. Ayrıca yaşanan bölgede hizmet sunucularından kaynaklı eksiklikler de belirleyici konumdadır (Kavuncubaşı 2000).

Aileye ilişkin özellikler, gelir düzeyi, sigorta kapsamı aile bireylerinin hizmet alma süreleri, hizmete ulaşım gibi faktörlerden oluşmaktadır. Aileye ilişkin bu özellikler, özellikle bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerinde etkili olmaktadır. Kamusal özellikler, bireyin yaşadığı çevre, nüfusa düşen hizmet oranı, hizmetin ulaşılabilirliği ve sürekliliği, sağlık sistem yapısı ve kapsama alanı ve sağlık hizmetlerinin fiyatı kamusal özellikleri oluşturmaktadır. Bu kamusal özellikler bireylerin, toplumun ve sağlık sunucularının sağlık davranışlarını etkilemektedir (Andersen 1968).

2.1.2.3. İhtiyaç Faktörleri

Bireyin sağlık, hastalık durumunda hizmeti alma konusundaki algısı ve hizmet alımında hekimin nihai karar verici olması ihtiyaç faktörlerini oluşturmaktadır. Bunlar algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç olarak açıklanmaktadır (Erdem ve Pirinçci 2003).

Algılanan ihtiyaç, bireyin hastalık durumunda belirti ve bulguları algıladığı ve sağlık hizmeti talebinde bulunduğu durumu açıklamaktadır. Bireylerin hastalık algısındaki farklılıklar sağlık hizmeti sunumunu da etkilemektedir. Bireyin kendi hastalığını çok acil hissederek acil servise başvurması örnek olarak verilebilir. Değerlendirilen ihtiyaç, bireyin sağlık durumunu algılamasının ardından talep ettiği sağlık hizmetinin gerekli olup olmadığının karar aşamasıdır. Değerlendirme aşaması hekim tarafından yapılır ve hizmet alım süreçlerini etkiler. Kişinin hangi hizmeti ne ölçüde ne zaman, nerede ve ne şekilde alacağı çoğunlukla hekim tarafından belirlenmektedir.

2.1.2.4. Diğer Faktörler

Sağlığı etkileyen kişisel, kolaylaştırıcı, ihtiyaç faktörlerinin dışında başta çevre olmak üzere, davranış ve kalıtımı da içeren başka faktörler de bulunmaktadır.

2.1.2.4.1. Çevre

Çevre; Tüm canlı organizmaların içinde yaşadığı alandır. Canlı bir organizmanın yaşamını ve gelişimini etkileyen dış güçlerin tümü çevre olarak adlandırılmaktadır (Dirican ve Bilgel 1993). Çevrede sağlığı doğrudan ve dolaylı biçimde etkileyen önemli etkenler bulunmaktadır. Çevre aynı zamanda, yaşamı sürdürme ve sağlama sistemidir. Sağlık açısından bakıldığında çevre; biyolojik çevre, fiziki çevre ve sosyal

çevre olmak üzere üç başlık altında incelenebilmektedir (Güler ve Benli 1995).

Biyolojik çevrede mikroorganizmalar (virüs ve bakteriler), vektörler, besinler, hayvanlar ve bitkiler bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında salgın hastalıkların ve diğer tüm hastalık etmenlerinin bulunduğu çevre biyolojik çevre iken iklim, doğal kaynaklar, kirlilik vb. koşulları içinde barındıran ve insan sağlığı üzerinde etkileri bulunan çevre ise fizik çevredir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Toplum ve bireylerin sağlığını etkileyen sosyal çevre özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Schulte 2009); Nüfus artışı, nüfus hareketleri, yaşlanma, gelir dağılımındaki adaletsizlik, yaygınlaşan yoksulluk ve eğitim düzeyidir. Bilgi asimetrisi açısından değerlendirildiğinde çevre faktörü, bireylerin eğitim durumları, örf, adet ve gelenekler gibi nedenler ile sağlık hizmetlerine olan yaklaşımları üzerinde etkili olmaktadır. Örnek olarak sünet bazı toplumlar için mutlak gerekli iken bazı toplumlar için bir anlam ifade etmemektedir.

2.1.2.4.2. Yaşam Biçimi

Bireyin yaşadığı çevre içinde geliştirdiği alışkanlıklar, sahip olduğu değer yargıları, tutum ve yaklaşımlar bireyin yaşam biçimini belirlemektedir. Yeme içme alışkanlıkları, kişisel hijyen, madde kullanımı, uyku düzeni, kurallara uyma ve çevre ile uyumu bireylerin sağlık düzeylerini etkilemektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda bireylerin bilinç düzeyleri artırılarak yaşam biçimlerinden kaynaklı sağlık sorunlarının önüne geçilebilir.

2.1.2.4.3. Kalıtım

Bir kişinin sağlığı, görünümü, kişiliği, yetenekleri, genetik yapısı ve içinde bulunduğu çevrenin etkileşimi ile yakından ilişkilidir. Kişinin genetik yapısı sağlık açısından potansiyelini oluşturmada etkili olmaktadır. Çevresi ise sağlık potansiyelini sınırlamada veya geliştirmede etkili olmaktadır. Kişinin gen yapısına bağlı bu özellikler sadece normal kişiler arasındaki farklılıkları değil, bireyde görülen ya da görülebilecek hastalıkların ortaya çıkışını da etkilemektedir. Bireyin kalıtsal özellikleri hastalıklara karşı direncini belirlemede, bir hastalığı ya da sakatlığı genetik olarak taşımasında etkili olmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda kalıtsal özelliklerin etkisi görülmektedir (Kavaklı 1992). Bu nedenle bireylerin sağlık durumlarını etkileyen faktörlerinde sağlık hizmetleri sunumunda ele alınması gerekmektedir.

2.2. Bilgi Asimetrisi ile İlgili Kavramlar

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi ve bilgi asimetrisine bağlı karşılaşılan problemler bu başlık altında ele alınarak açıklanmıştır.

2.2.1. Bilgi Asimetrisi

Asimetrik bilgi, piyasadaki ekonomik sistemlerin bazılarının diğerlerine oranla daha fazla bilgiye sahip olması durumudur. Piyasalarda çeşitli nedenler ile bilgi simetrisi gerçekleşmemekte ve bilgiye ulaşma imkânı çok olanlar bilgiye ulaşma imkânı olmayanlar arasındaki bilgi simetrisi bozulmaktadır. Bu durum taraflardan birinin diğerlerine üstünlük sağlamasına neden olmaktadır (Çetinkaya 2012).

Piyasa, tüm bilginin var olduğu kabul edilen bir bilgi sistemidir. Bilgi sayesinde mal ve hizmetler en iyi koşullarda en düşük maliyetle elde edilmektedir. Çünkü piyasa alıcılar ve satıcılar arasındaki fayda ve fiyat ile ilgili gerekli olan bütün bilgiyi sağlamaktadır. Piyasadaki bilgi tam ve doğru değilse, piyasa başarısızlıkları görülebilmektedir. Bir mal veya hizmetin özellikleri hakkında alıcı ve satıcının birbirlerinden farklı bilgiye sahip olmaları asimetrik bilgi olarak ifade edilmektedir. Asimetrik bilgi varlığında, piyasa sosyal yararı maksimize edememektedir (Blomqvist ve Leger 2001). Sağlık hizmetleri piyasası, yapısı itibari ile diğer piyasalardan ayrı olarak değerlendirilmekte ve piyasayı diğerlerinden ayıran en temel özelliklerin başında da sağlık hizmetlerine olan talebin belirsiz olması ve asimetrik bilgi gelmektedir (Bilgili ve Ecevit, 2008).

Sağlık ekonomi literatüründe hizmet sunucular ve alıcılar arasında bilgi asimetrisi bulunmaktadır. Bilgi asimetrisi hastanın aldığı hizmet açısından dezavantaja neden olmaktadır. Hasta aldığı hizmet düzeyini, hastalık seyrini, uygun tedavi yöntemlerini, iyileşme ya da hastalığın ilerleme durumunu ve hizmetin maliyetini hizmet sunucularına oranla çok az bilmektedir. Bu nedenlere bağlı olarak sağlık piyasalarında yetersiz bilgi hastaların aleyhine sorunlara neden olabilmektedir (Folland ve ark. 2010). Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi problemi ters seçime ve ahlaki tehlikeye yol açmaktadır (Clement 2009).

Sağlık hizmeti almak isteyen ya da mecbur kalan hastalar hizmet alacakları hekimin sahip olduğu tıbbi bilgiye sahip değildir. Bu durum hekimin hasta adına hizmet kalitesini ve tüketim miktarını kendi başına belirleme gücü sağlamaktadır (Gaynor and Vogt 1999).

Sağlık hizmetlerinde hekim davranışları, tedavi girişimleri açısından bir standardizasyon bulunmaması nedeniyle hekimlerin tedavi yöntemleri ve hizmet sunumlarında farklılık görülmektedir. Bu durum hasta ve hastanın sosyal güvencesi olan sigorta sistemi açısından dezavantaj oluşturabilmektedir. Sağlık profesyonelleri bu dezavantajı kullanarak gereksiz talep oluşturarak aşırı tüketime neden olabilmektedirler (Schneider 2004).

Sağlık hizmetlerinde hastaların alacakları hizmeti hiç bilmemeleri ya da kısıtlı bilmeleri, yanlış hastane, yanlış doktor ya da sağlık hizmeti dışında yanlış tedavilere yönelmesine neden olabilmektedir. Bu durum zaman, para, işgücü kaybı, sağlık problemleri ve sosyal sorunlar gibi birçok olumsuzluğa neden olmaktadır. Buna karşılık hizmet sunucuların yeterince bilgi sahibi olmaları ve hastalar adına karar vermeleri, onları hastalara karşı daha avantajlı konuma getirmektedir. Hastalar tedavi oldukları hekime güvenmekte, güvenmemekte ya da kısmen güvenebilmektedir. Tedavi sürecinin başlaması ile hastalar hekimleri kendilerine vekil olarak seçmekte ve yapılacak tüm işlem ve girişimlerin hekim tarafından belirlenerek uygulanmasını beklemektedir. Bu durum hastaların tedavi süresince hekime olan güvenlerini, iletişim ve fiziksel altyapı olanakları gibi birçok faktör belirlemektedir.

2.2.2. Ahlaki Tehlike

Ahlaki tehlike piyasalarda mal ya da hizmet sözleşmesinin taraflarından birinin diğer taraf aleyhine sözleşmeden yararlanacak biçimde, davranışını değiştirmesi nedeniyle ortaya çıkan durumu ifade etmektedir (Yıldırım 2015). Sağlık piyasalarında sağlık güvencesi olan bireylerin hastalandıklarında sağlık güvencesi olmayanlara göre sağlık hizmetlerini aşırı tüketmesidir (Flood 2001). Bilgi asimetrisine bağlı olarak hastaların yetersiz bilgileri nedeniyle hekimlerin gerekli olmayan işlemleri yapmasına neden olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinde ahlaki tehlikeye yol açmaktadır (Tumay 2009).

Sağlık piyasalarında ahlaki tehlike hizmete olan talebin hizmet ihtiyacını aşması ile sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla tüketilmesi ve hizmet bedelini hastanın sigorta sistemlerinin karşılaması nedeniyle doktor davranışı ve kararları üzerinde etkili olamamasıdır (Bilgili ve Ecevit, 2008). Bu durumun asıl nedeni hasta ve hekim arasında bilgi simetrisinin gerçekleşmemesi ve daha fazla bilgiyi elinde tutan tarafın bu durumu kendi lehine kullanması durumunu ortaya çıkarabilmektedir.

2.2.3. Ters Seçim

Ters seçim kavramı Akerlof'un (1970) "The Market of Lemons (Limon Piyasası)" adlı makalesinde ikinci el arabaların alınıp satıldığı piyasada, satıcıların sattıkları araba hakkında daha fazla bilgiye sahip olmalarına karşın, alıcıların hiçbir zaman satıcılar kadar yeterli bilgiye sahip olmayacağını ortaya koymuştur. Bu durum ters seçim kavramını ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmaya istinaden ters seçim kavramını sağlık hizmetleri piyasasında sağlık sigortası açısından değerlendiren çalışma Rothschild ve Stiglitz (1976) tarafından yapılmıştır.

Sağlık sigortası piyasalarında hasta ile sigorta şirketleri arasında bilgi asimetrisi söz konusudur. Hasta sağlık durumunu sigorta şirketlerinden daha iyi bilmesi nedeniyle bunu kendi lehine kullanarak daha az prim ödeme eğilimi gösterebilir. Bu durum sigorta şirketlerinin risk düzeyleri hakkında tam bilgiden yoksun kalmalarına ve sigorta primlerini belirlerken ortalama bir fiyat belirleyerek tüm katılımcıların aynı primi ödemelerine neden olmaktadır. Sigorta şirketlerinin belirlemiş olduğu ortalama fiyat düşük risk grubunda olanlar için sorun oluşturarak sigorta yaptırmaktan kaçınmalarına neden olabilmektedir (Shmanske 1996).

2.2.4. Arzın Talep Yaratması

Hasta ile doktor arasındaki ilişki "Vekâlet Teorisi Yaklaşımı" ile açıklanmaktadır. Hizmet sunucusu olan hekimin hizmet alan hasta adına karar alarak talep oluşturması, hastanın vekili olarak davranması "arzın talep yaratması" olarak adlandırılmaktadır (Bilgili ve Ecevit 2008). Hastanın vekili konumundaki hekim, hastanın sağlık sigortası ile elde ettiği satın alma gücünü kullanarak gereksiz sağlık harcamalarına neden olabilir. Bu durum ekonomik kayıpların yanında sistemin gereksiz meşguliyetine de sebep olabileceği gibi sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir.

Bir piyasada alıcıların tercihinin tam ve eksiksiz olarak gerçekleşebilmesi için alıcılar ne istediklerini, alacakları mal ya da hizmetin verimliliğini ve fiyatlarını bilmelidir (McGuire 1990). Hekim-hasta arasındaki ilişki değerlendirildiğinde piyasa koşullarındaki arz-talep ilişkisinin hasta aleyhine olumsuz gerçekleştiği, bunun nedeni olarak da hekim ile hasta arasındaki bilgi asimetrisi olduğu görülmektedir (Şahin 2004).

Sağlık ekonomistleri arza bağlı talebin iki nedene bağlı olduğunu vurgulamaktadır. İlki hekimlerin tıbbi alanda mesleki tatmini için gerçekleştirdiği

talep, ikincisi hastanın hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmak için gerçekleştirdiği taleptir (Folland ve ark. 2010). Hekimler mesleki ve ekonomik tatmin, sağlık sistemi ve idari kaynaklı nedenler ile sağlık hizmetlerinin kullanımında gereksiz talep oluşturarak ekonomik kayıplara neden olabilmektedir.

Hastalar hastalıkları ile ilgili hekime başvurdıklarında kendileri için en doğru olanı, en iyi şekilde alacaklarını varsaymaktadır. Ancak bu durum her zaman böyle olmamaktadır. Hekimler bazı durumlarda ellerinde bulundurdukları karar verme gücünü bilgi asimetrisinden de yararlanarak hasta için gerekli olmayan sağlık hizmetlerinin kullanılmasına teşvik ederek talep oluşturabilir. Bunun gerçekleşmesinde hastanın sahip olduğu ekonomik gücün yanında sahip olduğu sigorta kapsamı da etkili olmaktadır. Örnek olarak kapsamlı bir sigorta sistemi kullanan hasta için aynı verimi alacağı bir malzemede iki marka arasından pahalı olana yönlendirme yapılması verilebilir.

2.2.5. Bilgi Asimetrisine Bağlı Piyasa Başarısızlıklarına Çözüm Önerileri

Bilgi asimetrisine bağlı olarak ortaya çıkan piyasa başarısızlıkları, ahlaki tehlike, ters seçim ve arzın talep yaratması problemlerinin çözüm önerileri Tablo 1.' deki verilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Piyasa Başarısızlıkları ve Önerilen Politikalar (European Competitiveness Report 2004).			
Piyasa Başarısızlıkları	Problem	Etkileri	Politikalar
Ahlaki Tehlike	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık hizmetlerine olan talebin marjinal maliyeti, hastalar için sıfır ya da çok düşüktür. Piyasa aktörleri arasında asimetrik bilgi vardır. 	<ul style="list-style-type: none"> Bireylerin talepleri artmaktadır. Arzın Talep Yaratması, maliyetlerde ve tüketimde artışa neden olmaktadır. Sağlık hizmetleri aşırı tüketilmektedir. Bireysel faydaya katkı sağlanırken toplumsal refah azalmaktadır. 	<ul style="list-style-type: none"> Maliyet paylaşımı Vergileme
Ters Seçim	<ul style="list-style-type: none"> Bireyler ve sigorta kuruluşu arasında asimetrik bilgi vardır. 	<ul style="list-style-type: none"> Ortalama risk primi kullanılması yüksek risk grubunda yer alanların sigortadan daha kapsamlı yararlanmalarına neden olmaktadır. 	<ul style="list-style-type: none"> Zorunlu katkılar Vergileme
Risk Seçimi	<ul style="list-style-type: none"> Bireyler ve sigorta kuruluşu arasında asimetrik bilgi vardır. 	<ul style="list-style-type: none"> Özel sağlık sigortası kuruluşları, risk grubuna giren hastaları sigorta kapsamına almak istemeyecektir. 	<ul style="list-style-type: none"> Zorunlu katkılar Vergileme
Rekabetçi Güçlerin Etkisizliği	<ul style="list-style-type: none"> Devletin piyasaya müdahalesi ya da verimliliği artıran teşviklerin kaldırılması, ileri teknolojik donanıma yatırım yapılmaması demektir. 	<ul style="list-style-type: none"> Hizmetlerin fiyatları yüksektir. Yüksek ücretler kadar araç gereçler ve medikal ürünler de pahalıdır. 	<ul style="list-style-type: none"> Tedarikçi-satın alıcı ayrımının yapılması, Fiyat ve ücretlerin kontrol edilmesi, Hizmet başına ödeme yapılması Klasik sözleşmeden vazgeçilmesi

Sağlık hizmetleri piyasasında bilgi asimetrinin neden olduğu olumsuz durumlar için hem hizmet alanlar hem de hizmet sunucuları açısından gereksiz kullanım oranları üzerinde etkili olabilecek yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler aşağıda başlıklar halinde açıklanmıştır.

2.2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı

Sağlık hizmetleri piyasasında hizmet talebinde bulunan hastaların yaşadıkları ülkelerin kanunlarında belirtilen oranlarda aldıkları hizmetler için harcama yapmaları talep yanlı maliyet paylaşımının temelini oluşturmaktadır. Sigorta sistemini kullanan hastalar için sağlık hizmetlerinin fiyatı önemsenmeyecek düzeydedir. Bu durum hastaların hizmetten fazla yararlanma eğilimi göstermelerine neden olabilir. Hastaların aşırı talebini engelleyebilmek için kullanılan sağlık hizmetlerinde belli oranda katkı payı kullanılmalıdır (Eggleston ve Hsieh 2004). Katkı payının belirlenmesine hastaların haksız düzeyde ödeme yüküne girmemesi için önem verilmelidir. Çünkü talep yanlı maliyet paylaşımındaki amaç hasta ve doktorların gereksiz taleplerini azaltmayı sağlamaktır.

2.2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz Yanlı Maliyet Paylaşımı

Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiden dolayı ortaya çıkan vekâlet ilişkisi problemi nedeniyle hizmet sunucu tarafında bulunan sigorta, doktor veya hastanenin gereksiz talep yaratması (arzın talep yaratması) ile ortaya çıkan sorunların önüne geçebilmek için hizmet sunucuların tedavi maliyetlerinin belli oranına katlanmasına arz yanlı maliyet paylaşımı denmektedir. Arz yanlı maliyet paylaşımı ile hizmet sunucuları aşırı harcamalarını kontrol etmektedir. Bu durum verilen sağlık hizmet kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir (Eggleston ve Hsieh 2004).

Sağlık hizmetleri sunumunda arz yanlı maliyet paylaşımı hizmet sunucuların hastaların yetersiz bilgisini kullanarak fazla talep oluşturmaları önünde bariyer görevi görmektedir. Hastaya uygulanacak girişimlerin ücretlerinin bir kısmını hizmet sunucuların ödemesi gereksiz yapılacak olan işlemleri kısmen ya da tamamen engelleyebilir.

2.2.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Karma Ödeme Sistemi

Sağlık piyasalarında karma ödeme sistemi, birbirini tamamlayan arz ve talep yanlı maliyet paylaşımının birlikte kullanılması şeklinde açıklanabilir (Eggleston 2004). Hastaların aldığı hizmet karşılığında yapacakları ödeme miktarı dışında kalan tutarın

hizmet sunucuları ve sağlık sigortaları tarafından karşılanması anlamına gelmektedir. Asimetrik bilgi nedeniyle meydana gelen sorunlar ve bu sorunların çözüm yöntemleri olarak kullanılan araçlar Tablo 2’deki verilmiştir.

Tablo 2. Ödeme Sistemiyle İlgili Politik Araçların GÜdüleyici Etkileri (Eggleston and Hsieh 2004).		
Politik Araçlar	Politik Aracın En Yüksek Değerinden Elde Edilen Fayda	Politik Aracın En Yüksek Değerinin Maliyeti
Talep yanlı maliyet paylaşımı	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık hizmetlerinde aşırı tüketime sınırlama getirmek (ahlaki tehlikeyi iyileştirmek) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verimsiz riske katlanmak • Eşitsizlik (hastanın katlanacağı vergi oranı)
Arz yanlı maliyet paylaşımı	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık hizmetlerinde aşırı tüketime sınırlama getirmek • Düşük maliyetli üretimi teşvik etmek (üretimde etkinlik) 	<ul style="list-style-type: none"> • Provizyona tabi tutma • Risk seçimi (sigorta kapsamında eşitsizlik)
Mükemmel vekâlet ilişkisi	<ul style="list-style-type: none"> • Arzın talep yaratmasını engellemek • Sağlık hizmetleri tüketiminde standart oluşturmak • Risk seçimini düzenlemek • Tedavi ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitliği sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> • Ahlaki tehlikeyi önemsememek

2.3. Ekonomik Etkiler

Son yıllarda sağlık harcamaları birçok faktöre bağlı olarak artış göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı verilerine göre sağlık harcamaları bir önceki yıla oranla %14,5 oranında artış göstermiştir. Sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı (GSYH) %4,6 olarak gerçekleşirken harcamaların %78,5’i devlet bütçesinden, %16,3’ü hane halkı tarafından gerçekleştirilmiştir. Kişi başı sağlık harcaması da 1345 TL’ dan 1524 TL’ sına yükselmiştir (TÜİK 2016).

Sağlık harcamalarındaki artışın nedeni olarak nüfus artışı, teknolojik gelişmeler, hasta beklentileri, sağlık hizmetlerine ulaşımındaki kolaylık, hastalık oranlarındaki artış sayılabilir. Tüm bu nedenlerin yanında hasta ve hekim davranışlarına bağlı olarak ölçülebilen ve ölçülemeyen harcamalar meydana gelmektedir. Görülebilen sağlık harcamaları bilgi asimetrisi, arzın talep yaratması, ahlaki tehlike ve ters seçim kavramlarıyla açıklanmaktadır. Ancak ölçümlenemeyen harcamalar için bir kavram bulunmamaktadır. Özellikle tedavi için geçirilen zaman, iş kaybı, yol ve yemek masrafları, psikolojik ve sosyal kayıpların değeri, hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlara bağlı harcamalar ölçülemeyen harcamalar grubunda sayılabilir. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisine bağlı oluşabilecek ekonomik kayıplar bu başlık altında açıklanmıştır.

2.3.1. Hekim Kaynaklı Ekonomik Etkiler

Hasta ile direkt temas halinde olan hekimlerin, kullandıkları cümleler, dış görünüşü, beden dili, kişisel özellikleri, mesleki yeterliliği ve beklentileri gibi faktörler hizmet alım süreçlerinde etkili olmaktadır (Başol 2018). Hizmet alma sürecinde yaşanan problemler ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmetleri sunumunda hekimlerin neden olduğu ekonomik yaklaşımlar çoğunlukla hizmetin aşırı tüketimi ile açıklanmaktadır. Aşırı tüketim sistemin yoğunluğu, gereksiz tedavi işlemleri, ilaç ve sarf malzeme kullanımı gibi ekonomik kayıplar olarak açıklanabilir. Oysa hekimler ellerindeki bilgi kozunu kendi lehlerine kullanarak hizmet kullanımında artışa neden olmalarının yanında birçok ekonomik kayba neden olabilmektedir.

Hekimler performans kaygıları nedeniyle hastaları birden çok kez muayene için çağırdıklarında polikliniklerde oluşan yoğunluk nedeniyle muayene olamama, iş kaybı, hizmete ulaşmadaki yol ve yemek masrafları, tanı ve teşhis gibi işlemler için geçirilen zaman ile hasta ve çevresinin psikolojik yıpranmaları da ekonomik kayıplar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilgi asimetrisine bağlı hekimlerin neden olduğu ekonomik kayıpları sadece parasal kayıplar olarak düşünmek de doğru bir yaklaşım olarak görülmemelidir. Devletin sağlık yatırımlarının, kaynaklarının, iş gücünün boşa harcanması, sosyal güvenlik kurumlarının aşırı ödemeleri, ilaç ve sarf malzeme israfının yanında sosyal yaşam ve psikolojik kayıplar da dolaylı olarak ekonomik kayıplara neden olabilmektedir.

2.3.2. Hasta Kaynaklı Ekonomik Etkiler

Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireyler hizmet aldıkları kurum ve çalışanların kendilerine olan tutum ve davranışlardan etkilenmektedir. Bu nedenle hasta memnuniyeti hizmet alım süreçlerinde etkili olmaktadır (Yağcı ve Duman 2006). Sağlık hizmetleri piyasasında hastalar bilgi asimetrisine bağlı alacakları hizmeti tam olarak bilememeleri, kalitesini ölçememeleri ve sistemin sunduğu olanaklara bağlı olarak sistemi aşırı kullanma eğiliminde olabilmektedir. Hastalar, mevcut rahatsızlıkları için hizmet alacakları kuruluşun fiziki koşulları, ilgili branş hekiminin olup olmaması, sağlık inançları, ulaşım imkanları, maddi yeterlilik koşullarına bağlı olarak hizmet alma biçimlerinde farklılıklar görülebilmektedir. Buna bağlı olarak birden fazla hekime başvurarak sosyal güvenlik sistemine ekstra yük oluşturma,

sistemi meşgul etme, başvuru alan hekimin yazdığı ilaçları tam ve zamanında kullanılmamaya bağlı ilaç ve sarf malzeme israfı, muayene olabilmek için harcanan zaman ve işgücü kaybı gibi ekonomik problemlere neden olabilmektedir.

2.3.3. Hizmet Sunucularına Bağlı Ekonomik Etkiler

Yağcı ve Duman'ın 2006 yılında Türkiye'de yapmış oldukları çalışmada hastaların hekimlik hizmetlerini göz ardı ettiklerini vurgulamışlardır. Hastaların memnuniyet düzeylerinde hekimlik hizmetlerini dikkate almamaları ciddi bir algılama sorunu yaşandığının göstergesidir denmektedir (Yağcı ve Duman 2006). Bu durum hastaların hekimlik hizmeti dışında ki faktörlerden etkilendiğinin bir göstergesi olarak görülebilir. Hastaların tanı ve tedavilerinin gerçekleştiği birimlerin fiziki koşulları, hekim ve personel mevcudu, tıbbi teçhizat ve malzeme olanakları hizmet sunumu ve hizmet alma tercihleri üzerinde etkili olabilmektedir. Bilgi asimetrisine bağlı olarak hekim ve hasta arasında gerçekleşen ilişki hizmet sunucularını doğrudan etkilemektedir. Hekim ve hasta arasında yaşanan olumsuzluklar hizmet sunucularının ellerindeki imkanları verimli kullanmada problemler oluşturabilmektedir. Hizmet sunucuları kendi bünyelerindeki imkanlar ile yapabilecekleri ameliyat, tedavi, tanı ve teşhis gibi işlemleri yapamayarak verimsiz kullanılabilir. Ayrıca hastaların algılarına bağlı olarak aşırı tüketim eğilimi nedeniyle de mevcut imkanlar israf edilebilir.

2.3.4. Sosyal Güvenlik Kurumlarına Bağlı Ekonomik Etkiler

Hizmet sunumunda sosyal güvenlik kurumlarının yapısına bağlı olarak hastalar sistemin kendilerine sağladığı tüm koşulları kullanmaya, hekimler ise hastalar üzerinden sistemin sağladığı imkanları performans ve ekonomik kaygılar nedeniyle aşırı kullanmaya eğilimli olabilirler. Bu durum sosyal güvenlik kurumunun aşırı tüketime bağlı olarak kaynak israfı ile karşı karşıya kalınmasına neden olabilir.

2.4. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri ve Finansmanı

Sağlık hizmetleri piyasası ve sağlık hizmetlerinin finansmanı bu bölümde detaylı olarak incelenmiş ve açıklanmıştır.

2.4.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasının Özellikleri

Hizmet sektörü dünyadaki gelişmiş ülkelerin ekonomisinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık harcamaları ülkelerin refah ve kalkınmışlık düzeylerinin belirlenmesinde rol oynamakta ve sağlık hizmetleri piyasası kendine özgü özellikler

taşımaktadır. Sağlık piyasalarını diğer piyasalardan ayıran başlıca özellikler şu şekilde sıralanabilir (Kurtulmuş 1998).

- *Sağlık piyasalarında eksik rekabet şartları hâkimdir.*
 - Arz ve talep arasında eşitsizlik vardır.
 - Sağlık piyasalarında arz miktarı sınırlı olup sağlık hizmetlerini arz edenler kendi aralarında monopol (Tekel) oluşturabilirler.
 - Sağlık piyasalarında talep belirsizdir.
 - Sağlık piyasalarına girişte bazı kısıtlamalar vardır.
 - Alıcılar piyasa hakkında tam bilgi sahibi değildir.
 - Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamaz.
- *Sağlık piyasalarında dışsal faktörler mevcuttur.*
- *Sağlık hizmetleri ikame edilemez.*
- *Sağlık hizmetleri ertelenemez.*
- *Fiyatlar ile gerçek maliyetler arasındaki korelasyon zayıftır.*
- *Sağlık piyasalarında kâr amacı gütmeyen kurumların da bulunduğu karma bir yapı mevcuttur.*

Kamusal Mal Özelliği:

Devletlerin sağlık piyasalarında girişimci olarak bulunması, hizmetlerin denetimi, düzeni ve takibi açısından bireylerin beklentileri karşılamak ve memnuniyetlerini arttırmaktır. Devlet bütçesi kullanılarak üretimin tamamı veya bir kısmı gerçekleşen mal ya da hizmetlerin kullanımları genellikle bireysel özellik gösterse de mal ya da hizmetlerin kullanılması, eksik kullanılması ya da kullanılmaması durumu toplumun tamamını etkileyebilmekte etkileri kamuya mal olabilmektedir (Coşkun ve Akın 2009). Sağlık hizmetlerinde bireyin sağlık durumu bazen yalnızca bireyi değil, yaşadığı sosyal çevre ile birlikte toplumu da ilgilendirebilmektedir.

Erdemli Mal Özelliği:

Erdemli malı ilk kez Musgrave, “Toplumun sağlığı ve refahı açısından gerekli olduğu halde yeterli bilgi, eğitim veya gelir düzeyi olmadığı için talebin yetersiz kaldığı mal veya hizmettir şeklinde tanımlamıştır” (Musgrave ve Musgrave 1994). Erdemli mallar toplumun tüketim ve harcama tercihlerini ve önceliklerini, halkın lehine olacak şekilde belli bir düzen içinde değiştirme girişimidir (Ünal 2011). Erdemli mallar zorunlu olabileceği gibi, kişilerin tercihleri ile de kullanıma sunulabilir.

Örneğin aşılama kampanyaları ile toplumun genelini ilgilendiren bulaşıcı hastalık etmenlerinin ortadan kaldırılması için yapılan çalışmalar zorunluluk iken, şeker ve tuz tüketiminin sınırlandırılması, sigara bağımlılığının tedavisi gibi hizmetler tercihen yapılmaktadır. Devlet sağlık hizmetleri sunumunda politika belirleyici rolü ile hem bireylerin hem de toplumun sağlık düzeyinde rol oynamaktadır.

Dışsallık Özelliği:

Maddi olmayan mal ve hizmetler etki durumlarına göre “içsel” (internal) ve “dışsal” (eksternal) olarak tanımlanmıştır (Marshall 1997). Alınan hizmet ya da kullanılan mal yalnızca bireysel olarak bir değer ve fayda sağlıyorsa içsel mal olarak tanımlanmakta iken, bir mal ve hizmeti doğrudan ya da dolaylı olarak kullanmayanların faydalandığı mallara da dışsal mal denilmektedir (Mushkin 1958).

Hizmet Sunumunda Otorite Varlığı:

Sağlık hizmetleri piyasasına girişler diğer piyasalarda gerçekleştiği gibi serbest değildir. Devletin piyasaya giriş için koymuş olduğu kuralların yanında uluslararası kuruluşların standardizasyon ve akreditasyon kıstaslarının olması sağlık hizmetleri piyasasına girişte kısıtlamalara neden olabilmektedir. Sağlık sektöründe, yalnızca hizmet sunucuları değil tedarikçilerin de piyasaya giriş çıkışları devletin koymuş olduğu kurallara tabi olarak gerçekleşir (Çelik 2011). Bu durum sağlık hizmetleri piyasasındaki maliyet ve fiyatlar üzerinde etkili olmaktadır.

Belirsizlik Faktörü:

Sağlık hizmetlerinden faydalananlar aldıkları hizmetin fiyat ve maliyetlerini bilmemelerinin yanında hizmetin kalite ve niteliği hakkında da bilgi sahibi değildirler. Bunun yanında hizmet sunucusu konumundaki hekimler de uygulayacakları tedavinin her hastada aynı başarıya ulaşip ulaşmayacağı konusunda belirsizlik altında karar vermektedir. Sağlık hizmetlerinde belirsizlik faktörü nedeniyle hizmetin boyutu tam olarak belirlenmemektedir. Kimin, ne zaman, nerede ve hangi hizmet ya da hizmetlere ihtiyaç duyacağı bilinmemektedir. Bu durum hem hizmet sunucular hem de alıcılar için iki yönlü olarak ekonomik etkilere neden olmaktadır. Hizmet sunucular belirsizlik nedeni ile sağlık yatırımlarını tam olarak belirleyememekte tahmini olarak işlem tesis etmektedir. Hizmet alıcılar hizmet alabilme ihtimaline karşı sigorta sistemlerini kullanarak belirli maliyetlere katlanmaktadır (Weisbrod 1991).

Arzın Pahalı Olması:

Sağlık hizmetleri sunumu, emek ve teknoloji yoğun bir sistem gerektirmektedir. Teknoloji hızla ilerleyen ve neredeyse aynı hızla güncelliğini yitiren bir özelliğe sahiptir. Bu durumda teknoloji edinmek kadar güncelliğini korumak da hayli maliyetlidir. Bununla birlikte sağlık sektöründe istihdam edilecek kimselerde aranan profesyonellik, belirli bir eğitim alt yapısı gerektirmektedir. Eğitim süreciyle başlayan profesyonellik maliyeti, istihdam süreciyle devam etmektedir. Bu ve bunun gibi maliyet arttırıcı etkenler, sağlık hizmetlerinin arzını birçok sektöre kıyasla pahalı hâle getirmektedir (Akkaş 2012).

Tüketim Miktarlarında Toplumsal Sınırların Bulunması:

Bireylerin gelir seviyeleri, eğitim düzeyleri, kültürel yapı, sigorta sistemleri, hizmet sunucularının altyapısı gibi birçok faktör nedeniyle toplumun tamamının sağlık hizmetlerinden aynı oranda yararlanamaması söz konusudur.

Hastalık Durumunun Önceden Belirlenememesi:

Sağlık hizmetlerinde kimin nerede, ne zaman, hangi hizmete ihtiyaç duyacağı bilinmemektedir. Beklenmedik durumlar olan kazalar, afetler, salgın hastalıklar sonucu oluşabilecek hastalıkların önceden bilinmesi mümkün değildir. Bu durum sağlık hizmet sunucularının belirsizlik temelli altyapı oluşturmalarını gerektirmektedir.

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı hizmet sunumundaki maliyetleri karşılamak için gerekli kaynak yaratma süreci olarak tanımlanmaktadır (Gottret ve Schieber 2006). Sağlık hizmetleri finansmanının temel amacı ise meydana gelebilecek hastalık durumlarında hastaları finansal yükten koruyarak, etkili sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmektir (WHO 2000).

Sağlık hizmetleri finansmanı kaynak aktarımı olarak da görülmekte ve buna göre sağlık hizmet sunucuları kaynaklarını hastalara aktarırken, hastalar ya da sigorta sistemleri (üçüncü taraf ödeme sistemleri) ise finansal kaynaklarını hizmet sunuculara aktarmaktadır (Mossialos ve Dixon 2002). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yapılan sağlık harcamaları ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile doğru orantılı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Gelişen teknoloji, yaşam süresindeki artış, hasta beklentileri ve bilinç düzeyindeki değişiklikler gibi birçok nedene bağlı olarak artan sağlık

harcamalarını düzenlemek politika belirleyicilerin önemli gündem başlıkları arasında bulunmaktadır. Artan sağlık harcamalarının kontrolü, takibi ve finansmanı için birçok düzenleme gerekmektedir.

Günümüz dünyasında ülkeler insanları sağlıklı tutmak, hasta tedavisini sağlamak ve sağlık harcamalarını kontrol etmek gibi mali amaçlarla çeşitli sağlık sistemleri geliştirmişlerdir. Bu sistemlerin temel dinamiklerini, sağlık hizmetlerinin kaynakları, bu kaynakların yönetimi, organizasyonu, sunumu ve finansmanı oluşturmaktadır (Culyer ve Newhouse, 2000).

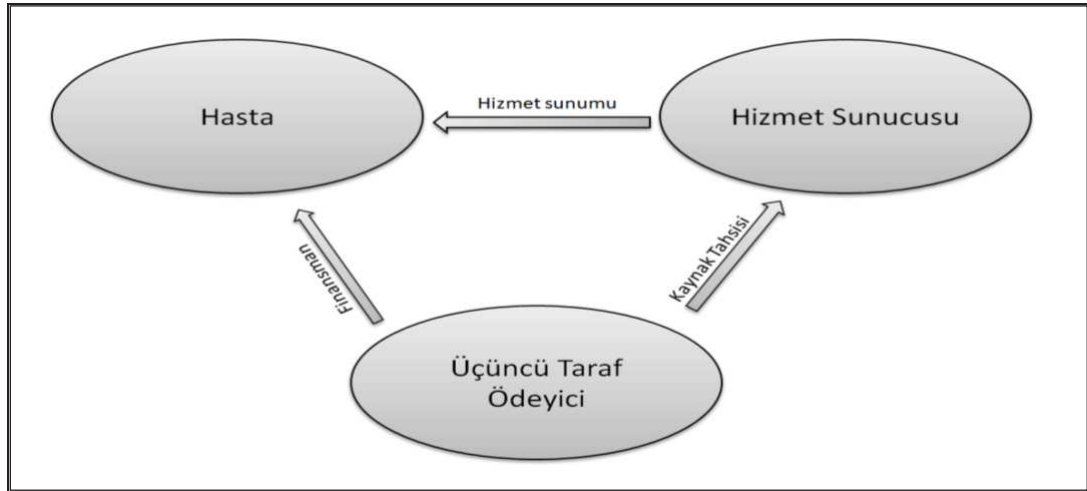
2.4.3. Finansman Modeli Belirleme Süreci

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin finansman modelinin belirlenmesinde birçok farklı ölçüt etki göstermektedir. Finansman modeli belirleme sürecinde göz önünde bulundurulması gereken kıstaslar şunlardır (Hoare ve Mills 1986; Roberts ve ark. 2004).

- *Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi:* Ülkede yaşayanların gelir düzeyleri sağlık hizmetlerine yapılacak ödemelerin belirlenmesinde belirleyici rol oynamaktadır. Seçilecek finansman modeli halkın ödeme gücü ile uyumlu olmalıdır.
- *Mali Kapasite:* Sağlık harcamaları için yapılabilecek tüm ödemelerin toplam kapasitesidir. Mali kapasite seçilecek finansman modelinin sürdürülebilir olması ile ilişkilidir. Prim toplayabilme ve vergilerin tahsilatının uygun şekilde yapılabilmesi seçilen finansman modelinin yürütülebilmesi açısından önemli bir unsur oluşturmaktadır.
- *Uygulanabilirlik:* Mevcut kaynaklar ve bu kaynakların kullanılması (harcama kapasitesi, insan kaynakları vb.) ile sistemin uygulandığı toplumun algı düzeyleri seçilen finansman modeli üzerinde etkili olmaktadır.
- *Verimlilik:* Sağlık hizmetleri finansmanında seçilen modelin yönetsel maliyetlerinin büyüklüğü verimlilik açısından değerlendirilmelidir. Bu durum finansman modelinin verimi üzerinde etkili olmaktadır.
- *Hakkaniyet:* Sağlık hizmetleri finansmanında seçilecek modelin finans yükünün kimler tarafından karşılandığının belirlenmesi gerekir. Toplumda hakkaniyet sağlanması adına gelir düzeyine göre ödeme sistemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

- *Talep/Kullanım ve Tüketici Davranışı*: Sağlık hizmetleri finansman modeli belirlenirken dikkat edilmesi gereken unsurlardan biride tüketici davranışları olacaktır. Gereksiz sağlık hizmeti talebi göz önünde bulundurularak kaynak israfına ve zaman kayıplarına engel olunmalıdır.
- *Arz/Hizmet Sunumu ve Hizmet sunucusu Davranışı*: Seçilecek finans modeli hizmet sunucuların yaklaşımlarını etkileyebilir. Hizmet sunucuları uygulanan finans modeline göre verecekleri hizmet kapasitesinde artışa ya da azalmaya neden olabilir. Kaynakların israfına neden olabilecek bu yaklaşımlar model belirlenirken dikkate alınmalıdır.

Modern sağlık sistemlerinde sağlık hizmetlerinin finansmanında, hizmeti veren ile alan arasında doğrudan bir finansal akışın sağlanması yerine ağırlıklı olarak üçüncü taraf ödeyicilerin finansman rolünü üstlendiği bir model benimsenmiştir. Bu durum Şekil 1’de gösterilmiştir. Bunun en önemli nedenlerinden biri, bireyin sağlık hizmetine ne zaman ihtiyacı olacağını belirsiz olması ve ihtiyaç ortaya çıktığında katlanması gereken maliyetlerin belirsizliğidir (Tatar, 2011).



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni (Mossialos ve Dixon 2002)

2.4.4. Sağlık Finansman Modelleri

Sağlık hizmetlerinde finansman modelleri belirlenirken, uygulanacak modelin hizmet alıcılar açısından kabul görmesinin yanında hizmetin dengeli dağıtılması da önem arz etmektedir. Örneğin, hiç görülmemiş hastalıkların arzının fazla olmasının toplum açısından bir önemi olmazken sık görülen rahatsızlıklarda arzın yetersiz

kalması sorun teşkil edecektir. Bu açıdan yaklaşıldığında her ülke ya da toplum da farklı finans modellerinin uygulanması şarttır.

Günümüzde birçok ülkede sağlık hizmetleri finansmanın tek bir model yerine karma modelleme ile sürdürüldüğü görülmektedir. Sağlık hizmetleri finansman modelleri sınıflandırılması yapılırken sistemde ağırlıklı olarak kullanılan modeller kullanılmıştır (Daştan ve Çetinkaya 2015). Sağlık hizmet sunumunda eşit, ulaşılabilir ve kaliteli hizmet sunumu amaçlayan ülkeler küresel olarak kabul görmüş finansman modellerini benimsemişlerdir. Bu sağlık sistemi modelleri Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Sağlık Sistemleri Modelleri (Wild ve Gibis 2003)			
	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti Örnek: Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası Örnek: Almanya ABD	
Karar verme mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık hizmetleri sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

2.4.4.1. Beveridge Modeli

Beveridge modeli, İngiltere’de William Beveridge tarafından sağlık hizmetlerini vergiler ile finanse etmek üzere geliştirilmiş sistemdir. Devlet sağlık hizmetlerini diğer kamusal mallardan ayırmamakta ve vergilerle finanse edilerek hizmet sunulmaktadır. Sistemde kamu ve özel tüm hizmet sunucular ücretlerini devletten almaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim katkı payları dışında tamamen ücretsiz olup sağlık harcamaları bütçe aracılığı ile kontrol altında tutulmaktadır. Devlete kişi başı sağlık harcamaları üzerinde tam bir kontrol mekanizması sunduğu için günümüzde Birleşik Krallık, İspanya, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan gibi ülkelerde kullanılmaktadır (Immergut 1992).

Bu modelin kullanımında vergi toplama kapasitesi ve toplanacak vergilerin adil olup olmaması önem arz etmektedir. Vergi toplama aşamasında, ekonomik durgunluk, kayıt dışı ekonomi gibi sorunlar nedeniyle sağlık sistemi finansmanı sektöre uğrayabilir. Ayrıca vergilendirme yaparken kişilerin gelirlerine göre vergileme yapılması gerekmektedir aksi takdirde vergi adaletsizliğine bağlı sorunlar ile karşılaşılabilir (Tatar 2011).

2.4.4.2. Bismarck Modeli

1883-1889 yıllarında Almanya’da Otto Von Bismarck tarafından geliştirilerek Alman imparatorluğu tarafından uygulamaya koyulmuştur. Sisteme giriş zorunlu tutularak tüm bordrolu çalışanların maaşlarından kesinti yapılarak finansman sağlanmaktadır. Modelin asıl amacı tüm bireyleri kapsayarak hastalık, yaralanma ve sakatlık gibi durumlarda sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamaktır. (Korkusuz ve Uğur 2010).

2.4.4.3. Özel Sigorta Modeli

Özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde kullanılmakta olan bu modelin temelini özel sigortalar oluşturmaktadır. Bireylerin hastalık risklerine karşı kendilerini özel sigorta şirketleri aracılığı ile sigortaladığı bu sistemde bireyler sigorta primlerini bağlı oldukları özel sigorta şirketlerine ödemektedir. Sistemin temel amacı bireylerin hekimini ve sağlık hizmeti alacağı kuruluşu seçebilmesidir. Özel sigorta modelinde prim ödeme gücü bulunmayanların sigorta kapsamı dışında kalmasının yanında hastalık risk gruplarına göre riskli hastalık grubundakilerin ödeyemeyecekleri kadar büyük sigorta primleri ile karşılaşma sorunu bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda ve hizmet alımında farklılıklar söz konusudur (Tatar 2011).

2.4.4.4. Sosyal Sigorta Modeli

Sosyal sigorta modelinde çalışanların hastalık durumları için belli oranda maaşından her ay düzenli olarak yapılan prim ödemeleri ile sigortalanmasıdır (Güzel ve ark 2016). Bu kesintiler yapılırken bireyin risk durumu göz önüne alınmaz. İşveren ve çalışanlardan alınan katkı payları ortak bir sağlık sigorta havuzunda toplanarak sağlık hizmeti ihtiyacı durumunda birey adına hizmet alınan kuruma ödeme yapılarak finansman sağlanır. Burada temel hedef riskin paylaşımıdır. Sosyal sigorta modelinde işverenler ve çalışanlar olduğu müddetçe finans kaynakları sürekli ve öngörülebilirdir. Bu durum sağlık hizmetlerine yapılacak yatırım kararları üzerinde etkili olmaktadır. Modelin en büyük eksisi bordrolu çalışmayanların sigorta kapsamı dışında kalmasıdır (Tatar 2011).

2.4.4.5. Doğrudan Ödeme (Cepten Ödeme Modeli)

Sağlık hizmetlerini tüm bireylere sunamayacak düzeyde ekonomik altyapısı gelişmemiş ülkelerde görülen finansman yöntemidir. Bu modelde hizmetten

yararlanmak için gerekli ücretlere katlanabilenler hizmet alırken ücret ödeyemeyenler ise hizmetten yararlanamamaktadır. (Lameire ve ark. 1999).

2.4.5. Hizmet Sunucularına Ödeme Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinde hizmet sunucularına yapılan ödemelerde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ödeme yöntemleri hizmet sunucularının vermiş olduğu hizmetleri ve kalitesini doğrudan etkilemektedir. Yapılan ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, yatış gün sayısına göre ödeme ve maaş ödemeleri başlıkları altında incelenmiştir.

Hizmet Başına Ödeme: Hizmet başına ödeme bireylerin ayaktan ya da yatarak almış oldukları her hizmet için hizmet sunucusuna ödeme yapılmasıdır. İhtiyaç duyulan tüm hizmetlerin alınmasına olanak sağlamaktadır. Hizmet başına ödeme yönteminin eksi yönü hizmet sunucularını daha fazla para kazanmak amacıyla hastanın ihtiyacı olmayan hizmetlere yönlendirmesi olarak görülebilir (Gottret ve Schieber 2006).

Vaka Başına Ödeme: Ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalar için hastalığı ile ilgili teşhisine göre yapılan ödeme yöntemidir. Hastaya koyulacak teşhise istinaden hastalığın ciddiyetine göre ödeme miktarları belirlenmektedir. Vaka başına ödeme yönteminde hizmet sunucuları daha fazla ücret alabilecekleri hastalara yönlenebilirler bu durumda teşhise göre hastaları kabul edip etmeme ile karşı karşıya kalınabilir (Barnum ve ark. 1995).

Kişi Başına Ödeme: Sağlık hizmetinden yararlanan kişi sayısına istinaden uygulanan ödeme yöntemidir. Sağlık hizmeti alan bireyler için diğer koşullar göz ardı edilerek kişi sayısına istinaden hizmet sunucularına ödeme yapılmaktadır. Bu yöntem ödeme sistemleri açısından maliyetleri kontrol edebilir fakat her hastalık için ya da her işlem için aynı ödemenin yapılması hizmet sunumunda ve kalitesinde problemler oluşturabilir (Pinto ve Andersson 2001).

Yatış Gün Başına Ödeme: Bu ödeme yönteminde hizmet alan hastaların yattıkları gün sayısına göre ödeme yapılmaktadır. Hastaların hastanede kalış sürelerine göre belirlenen tutarların hizmet sunucularına ödendiği bu sistemde karşılaşılabilecek sorun ise hizmet sunucularının hastaları gereksiz yere fazladan yatırarak daha fazla kazanma eğilimi gösterebilmeleridir (Pinto ve Andersson 2001).

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Ekonomik Etkileri

Türkiye’de sağlık hizmetleri Cumhuriyet öncesi dönemde daha çok vakıflar, hayırseverler ve bağışlar ile finanse edilen ve nüfusun yoğunlaştığı kalabalık şehir merkezlerinde hizmet alınabilen, halkın tamamının yararlanamadığı dönem olarak ifade edilmektedir. Özellikle kırsal alanda hizmet sunumundan bahsedilmemektedir. Şifacılar, büyücüler vb. halkın sağlık hizmet sunumunu oluşturan unsurların başında gelmektedir. Osmanlı İmparatorluğu’nda devlet sağlık hizmetlerini ‘Reisul Etibba’ (Hekim Başı) sistemi ile organize etmiş daha çok askeri ve saraya yönelik olarak sürdürmüştür. Hekim başı; tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin çalışma koşul ve esaslarını düzenlemiştir (Çavdar ve Karcı 2014).

19. yüzyılın sonlarına doğru dünyanın genelinde yaşanan gelişmeler, savaşlar ve teknolojik ilerlemeler nedeniyle sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına sunulması ve bu hizmetten yararlandırılması kavramı gelişmeye başlamıştır. Bu dönem sağlık hizmetlerinin toplumsallaşması olarak görülebilir. Devletler sağlık hizmetlerini tüm vatandaşlarının yararlanması gereken bir kamu hizmeti olarak görmeye başlamış ve düzenlemeler gerçekleştirmiştir.

Türkiye’de de bu amaçla halkın ihtiyaçlarının karşılandığı, eşit, ulaşılabilir, yaygın ve bütünsel sağlık hizmetleri sunulması amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda birçok düzenleme ve kanun çıkarılmış, özellikle yoksul ve hizmete ihtiyaç duyanların ücretsiz olarak yararlanabileceği sistemler üzerinde durulmuştur. Sağlıkta dönüşüm programının başlatılarak hizmet sunucularının ve sağlık sigorta sisteminin tek çatı altında toplanmasına kadar geçen süreçte farklı finansman sistemleri kullanılmıştır. Bireyler sağlık güvencesi olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmış sağlık güvencesi olanlarda yaptıkları iş ve çalışılan kuruma göre şekillenmiştir. Kamu görevlileri için emekli sandığı, işçiler için sosyal sigortalar kurumu (SSK), esnaf ve çiftçiler için Bağ-Kur, özel sigorta ve durumu olmayan düşkünler içinde yeşil kart uygulaması yürütülmüştür. Herhangi bir sigorta kapsamında olmayan bireylerde doğrudan ödeme yöntemi ile sağlık hizmetlerinde faydalandırılmıştır (Çavmak ve Çavmak 2017).

Ekim 2008’de yürürlüğe konulan 01.01.2012 tarihi itibari ile zorunlu olarak uygulanan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi, sağlık bakanlığının yeniden yapılandırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek geliştirilmesi,

hastanelerin özerkleşmesi ve aile hekimliği sisteminin kapsamının geliştirilmesi gibi konuları kapsamaktadır (Sülkü 2011). Sağlıkta dönüşüm projesi ile tüm bireyler GSS kapsamına alınarak toplumun tamamına eşit, ulaşılabilir ve kaliteli hizmet sunumu amaçlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde artan ihtiyaçların karşılanabilmesi ve sağlık alanındaki gelişmelere bağlı olarak sağlık harcamalarında bir artış olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde artan harcamaların ekonomik nedenler yanında sosyal ve sağlık sistemindeki gelişmeler gibi çeşitli nedenleri de bulunmaktadır (Çalışkan 2009). Sosyal nedenler arasında bulunan bilgi asimetrisi kavramı hasta davranışları üzerinde etkili olabilmektedir. Kişilerin sağlık hizmetlerine olan eğilimleri, sağlığını kaybetme endişesi, korkuları veya hastalık durumu hakkındaki algısı nedeniyle umursamazlığı değişkenlik göstermektedir. Bu sebeple hekimin uyguladığı tedavinin yanında hasta ile olan iletişimin de hastaların hizmet alma eğilimleri üzerinde etkileri bulunmaktadır (Yağbasan ve Çakar 2006).

Hekim ile hasta arasındaki ilişkide hastanın eğitim düzeyi, cinsiyet ve etnik köken gibi unsurların rol oynadığı saptanmıştır. Hastaların hekim ile olan iletişiminde sorunlarını dile getiremedikleri, hekimin kendilerine iyi bakmayacağı ve yeterli zaman ayırmama endişesi taşıdıkları ve hekimlerin tepkilerinden çekindikleri görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin sağlıklı sunulabilmesi hasta ile hekim arasında kurulacak doğru ve güvenilir ilişki ve hastaların durumları ile ilgili tüm bilgiye ulaşabilmeleri ile yakından ilişkilidir. Hastalıkların tanı ve tedavisi bu durumdan doğrudan etkilenmektedir. Hastalıkları ve durumları ile ilgili tam ve doğru bilgidен yoksun kalan hastalar farklı arayışlar içerisine girebilmektedir (Cirhinlioğlu 2001).

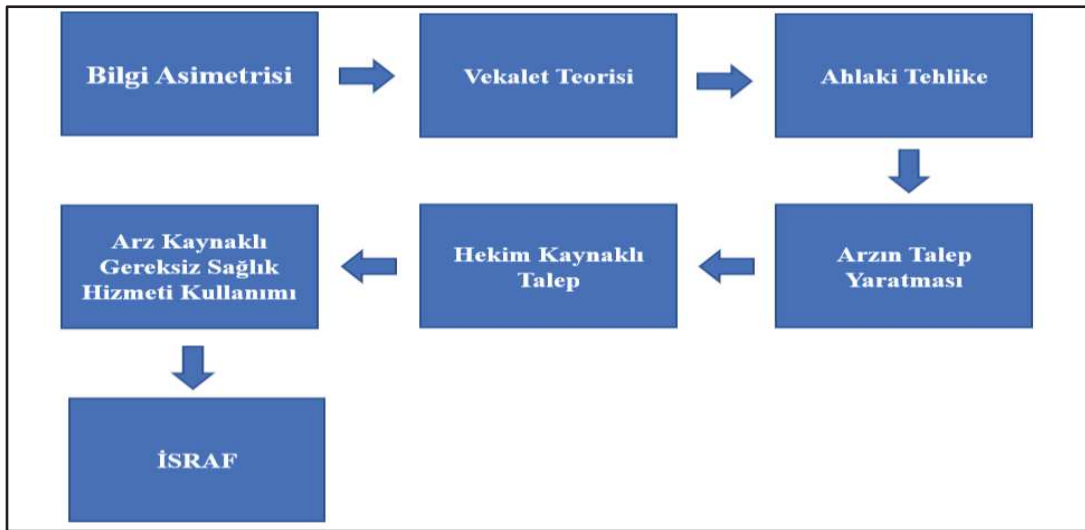
Bu durum hastaların farklı hekimlere gitmelerine, farklı hastane arayışına girmelerine neden olabilir. Hastaların doğru ve güvenilir bilgiyi elde edemedikleri sürece sağlık hizmetlerinde kendilerini tatmin edebilecek hekim ve hastane arayışı içinde olmalarını sağlayabilir. Hastaların bu arayışları sağlık hizmeti kullanım oranlarında bir artış ve ekonomik kayıplar şeklinde görülebilir.

Hekim ile hasta arasındaki ilişki hekimin hastalık ile ilgili şikâyetleri dinleme ve çözme yaklaşımından ibaret değildir. Bireylerin sağlık hizmetleri ile ilgili kanaatleri, hekim beklentileri sağlık inancı modelini oluşturmaktadır (Yağbasan ve Çakar 2006).

Son yıllarda gelişen iletişim araçları sayesinde hastalar yoksun oldukları sağlık ve hastalık bilgisini karşılayabilmek için herhangi bir sağlık merkezi ya da hekime gitmeden önce durumları ile ilgili internet ortamında bulunan tüm bilgi kaynaklarına başvurabilmektedir. Bu gelişmelere bağlı olarak geleneksel yaklaşım olan hekimin karar verip hastanın uyguladığı sistem, yerini ortak karar alma süreçlerine bırakmaktadır. Kısaca hastalar en iyi ve doğru bilgiyi edinerek tedavi karar aşamasında aktif rol almak istemektedir (Yılmaz 2013).

Ülkemizde GfK araştırma şirketi tarafından 12 farklı kentte toplam 225 e-hasta'ya ulaşılarak yapılan çalışma ile hastaların internet ortamında sağlık enformasyonu arama davranışlarına ilişkin verilere ulaşılmıştır. Bu sonuçlara göre çalışmaya katılan hastalar hekime başvurmadan önce ve hekime başvurduktan sonra da tedavilerinin doğruluğu hakkında internette araştırma yaptıklarını bildirmişlerdir (Bozkurt 2012).

Sağlık hizmetleri piyasasında hekim ve hasta arasındaki gerçekleşen ilişkide yaşanan tüm aksaklıkların beraberinde ekonomik aksaklıkları da getirdiği görülmektedir. Sağlık hizmeti sunan konumunda olan hekimlerin bilgi yönünden güçlü olmalarını kendi lehlerine kullanmaları, hastalarında bu bilgi eksikliğine bağlı olarak kendilerini tatmin edebilecek düzeyde bilgi sağlayabilecek hizmet arayışları, sağlık hizmetleri ekonomisinde rol oynamaktadır. Bu durum Şekil 2'de gösterilmiştir. Sağlık hizmetlerinin bilgi yoğun piyasa özellikleri nedeniyle hizmet sunucuların bilgi üstünlüğünü kendi menfaatleri doğrultusunda kullanması durumunda gereksiz ve aşırı talep sorununa bağlı israf durumu ortaya çıkmaktadır (Ünal 2011).



Şekil 2. Bilgi Asimetrisi Kaynaklı Arzın Talep Yaratması Probleminin Oluşturduğu İsraf Sorunu (Durmaz ve Erdem 2017).

Son yıllarda hekimler ile hasta arasındaki ilişki giderek daha ticari bir hal almış, bu durum ticari kaygıları ve pazar olgusunu beraberinde getirmiştir. Bu durum sağlık hizmetleri sunumunda hekimlerin, hastalar ile aralarındaki bilgi asimetrisinden faydalanmalarına ve gereksiz hizmetlerin kullanılmasına neden olabilmektedir. Ayrıca hastaların hekim ile aynı tıbbi bilgiye sahip olmaması hekim kararlarını sorgulayamamaları ve hekim tarafından belirlenecek hizmetleri kullanmak zorunda kalmalarına neden olmaktadır (Durmaz ve Erdem 2017). Sağlık ekonomisinde hekimlerin hem arz hem de talep eden konumunda bulunmaları nedeniyle ekonomik problemler görülebilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Çalışma literatür taraması ve belirlenen hasta ve hekim grubuna anket uygulaması yapılarak verilen cevaplar üzerinden demografik, zamansal ve mali yönden inceleyen kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Çalışma, Çanakkale Devlet Hastanesi ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesinde aktif görev yapan hekimler ile hizmet alan hastalara 01.11.2017 ile 15.03.2018 tarihleri arasında anket uygulanarak tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Sağlık piyasalarında bilgi asimetrisinin neden olduğu ekonomik kayıpların değerlendirilmesi için hekimler ile hastaların benzer konular üzerindeki düşünce ve beklentilerinin değerlendirilmesi için rastgele örneklem yöntemi ile anket uygulaması amaçlanmıştır. Araştırmanın yapılacağı evreni, Çanakkale İlinde aktif olarak çalışan ve hasta muayene eden hekimler ile bu hekimlerden sağlık hizmeti alan 18 yaşını doldurmuş reşit hastalar oluşturmaktadır. Grubun belirlenmesinde aktif görev yapan hekim sayısı Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğüne dilekçe ile görüş sorularak belirlenmiştir. Aktif görev yapan hekim sayısı 445, çalışmada kabul edilebilir hata oranı d: %10, çalışmada birinci tip hata %5 olacak şekilde örneklem büyüklüğü 80 olarak hesaplanmıştır. %20'lik bir kayıp ekiyle birlikte çalışmaya minimum 96 hekimin dahil edilmesi gerektiği hesaplanmıştır (Örneklem hesabı online Raosoft programı kullanılarak yapılmıştır). Çalışmanın güvenilirlik katsayısını arttırmak amacı ile 172 hekime anket uygulaması yapılmıştır. Anket uygulaması yapılan her hekim için en az iki hasta anketi yapılması hedeflenerek hasta anket sayısı da 384 olarak belirlenmiştir.

$$x = Z (c/100)^2 r(100-r)$$

E= Hata Marjini

$$n = N^2 / ((N-1) E^2 + x)$$

N= Popülasyon Sayısı

$$E = \text{Sqrt} [(N-n)^2 / (n-N)x]$$

r= Cevap Yüzdesi

3.4. Etik

Çalışmanın yapılabilmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca anket uygulamalarının yapılacağı alanlar içinde

Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü ve Tıp Fakültesi Başhekimliğine dilekçe ile izin yazısı yazılmış ve gerekli izinler alınarak çalışma gerçekleştirilmiştir (Ek.1, 2, 3).

3.5. Araştırmanın Veri Toplama ve Analiz Yöntemi

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket uygulaması kullanılmıştır. Hekim ve hasta olmak üzere her iki gruba da ayrı olarak anket oluşturulmuştur. Hekim ve hastalara benzer sorular aynı soru numarası kullanılarak sorulmuş ve hekim ile hastaların aynı konu üzerine olan algıları ölçülmüştür. Bu yöntemin kullanılmasının nedeni bilgi asimetrisine bağlı olarak iki grup arasındaki aynı konular üzerine algı düzeylerindeki farklılıkların ekonomik kayıplara neden olup olmadığı tespit edilmeye çalışılmıştır. Anket soruları oluşturulurken “İlköğretim Öğrencileri için Sağlık Tutum Ölçeği Geliştirilmesi” (Pelitoğlu ve Özgür 2013). “Sağlık Algısı Ölçeği’nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği” (Kadıoğlu ve Yıldız 2012). Son olarak “Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut için Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek” isimli çalışmalardan yararlanılmıştır.

Oluşturulan anket 5’li Likert ölçeğine göre düzenlenmiştir. Kullanılan ankette demografik özellikler ve tanımlayıcı sorular olmak üzere 2 ana başlık oluşturulmuş, tanımlayıcı sorular da kendi içinde 5 bölüm olarak düzenlenmiştir. Birinci bölüm fiziki şartlar, ikinci bölüm hasta–hekim iletişimi, üçüncü bölüm etik yaklaşım, dördüncü bölüm hasta-hekim arasındaki güven yaklaşımı, beşinci bölümde ekonomik etkiler ve zaman yaklaşımı sorgulanmıştır.

Sağlık hizmetleri piyasasında hizmet sunucu rolündeki hekimler ile hizmet alan hastalara yönelik anket uygulaması yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Anket uygulaması sırasında çalışma evreninin demografik özellikleri, sağlık hizmetleri üzerindeki tercihleri, bilgi düzeyleri ve beklentileri, düşünceleri ve buna bağlı olarak gösterilen davranışların sağlık ekonomisi üzerine etkilerine dair veriler, hazırlanan sorular ile nicel teknikler kullanılarak toplanmıştır.

Hasta ve hekimlere benzer sorular sorularak yapılan anket çalışması ile elde edilen veriler MedCalc Statistical Software versiyon 12.7.7 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2013) programı kullanılarak analiz gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenleri tanımlamak için deskriptif istatistikler kullanılmıştır (ortalama, standart sapma, minimum, medyan, maksimum). Bağımsız ve normal dağılan iki sürekli değişkenin karşılaştırması Student t testi ile bağımsız ve

normal dağılıma uygunluk göstermeyen iki değişkenin karşılaştırması Mann Whitney u testi ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Ki-Kare (ya da uygun yerlerde Fisher Exact test) kullanılmıştır.

Anketin geçerliliğinin incelenmesi için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinin ön testleri olarak, Bartlett'in küresellik testi ve Kaiser Meyer Olkin'in örnekleme yeterliliğinin ölçümü için kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi Varimax ile Kaiser Normalization Rotation Method ve Temel Bileşenler Analizi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğü yeterliliği açısından anti-image correlation matrix incelenmiştir. Faktör sayısına karar vermek için Scree plot test, öz değerlerin 1'den büyük olma kuralı, toplam varyansın açıklayıcı yüzdesi gibi ölçütler kullanılmıştır. İç tutarlılığın belirlenmesinde Cronbach Alfa katsayısı kullanılmış (Doktor anketi Cronbach alpha=0,568, Hasta anketi Cronbach alpha=0,751) sınıflar arası tutarlılığın belirlenmesinde ise Split Half Method Spearman Brown correlation katsayısı kullanılmıştır (Doktor anketi $r=0,061$, Hasta anketi $r=0,544$). İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

3.6. Kısıtlılıklar

Çalışmanın yapılması için belirlenen örneklem büyüklüğü çalışmanın yapılması için alınan izin aralığında hekimlerin anket uygulamalarına çalışma yoğunlukları, çalışma sonuçlarının herhangi bir değişiklik ya da yenilik getirmeyeceğine inanmamaları gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak katılmamaları nedeni ile toplamda 172 hekime anket uygulanabilmiş ve hedeflenen 250 sayısına ulaşamamıştır. Her hekim anketi için yapılması planlanan iki hasta anketinde de 500 rakamına ulaşamamıştır. 172 hekim anketinin iki katı 344 hasta anketine ulaşılarak hasta anketi sonlandırılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmada ankete katılım sağlayan hekim ve hastaların vermiş oldukları yanıtlar değerlendirilerek bilgi asimetrisine bağlı hekim ve hastaların benzer konular üzerine verdikleri cevaplar kıyaslanmış çıkan sonuçlar detaylandırılarak aşağıda açıklanmıştır.

4.1. Hekim Anket Sorularının Dağılımı

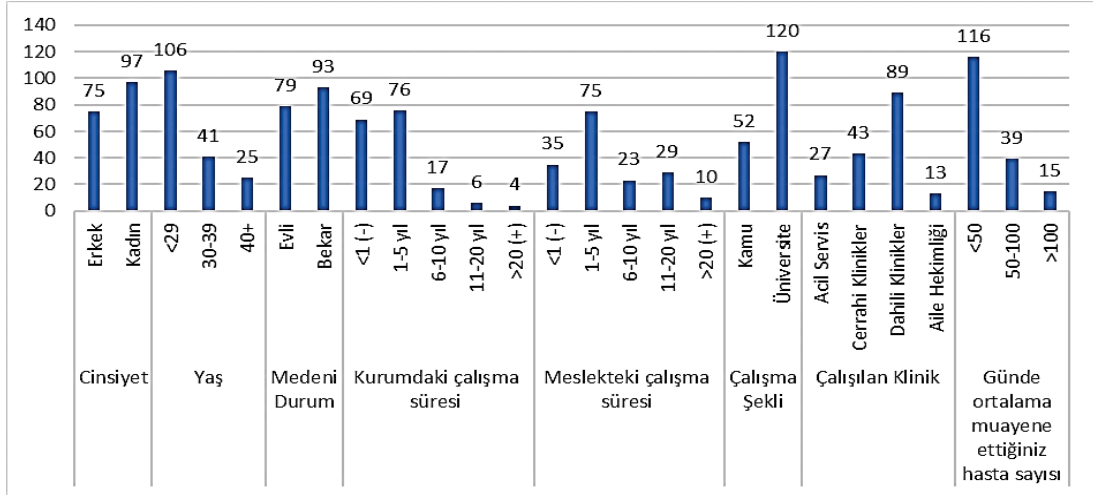
Ankete katılan hekimlerin anket sorularına vermiş oldukları cevaplar istatistik programı ile incelenerek düzenlenmiştir.

Demografik Özellikler:

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ve belirlenmiş bazı değişkenlere göre özellikleri Tablo. 4' de gösterilmiştir.

Tablo 4. Hekimlerin Demografik Dağılımı			
Demografik Özellikler		N	%
Cinsiyet	Erkek	75	43,6
	Kadın	97	56,4
Yaş	<29	106	61,6
	30-39	41	23,8
	40+	25	14,5
Medeni Durum	Evli	79	45,9
	Bekâr	93	54,1
Kurumdaki Çalışma Süresi	<1 (-)	69	40,1
	1-5 yıl	76	44,2
	6-10 yıl	17	9,9
	11-20 yıl	6	3,5
	>20 (+)	4	2,3
Meslekteki Çalışma Süresi	<1 (-)	35	20,3
	1-5 yıl	75	43,6
	6-10 yıl	23	13,4
	11-20 yıl	29	16,9
	>20 (+)	10	5,8
Çalışma Şekli	Kamu	52	30,2
	Üniversite	120	69,8
Çalışılan Klinik	Acil Servis	27	15,7
	Cerrahi Klinikler	43	25,0
	Dâhili Klinikler	89	51,7
	Aile Hekimliği	13	7,6
Günde Ortalama Muayene Ettiğiniz Hasta Sayısı	<50	116	67,4
	50-100	39	22,7
	>100	15	8,7

Hekimler demografik olarak incelendiğinde ankete katılanların %43,6'sı erkeklerden oluşurken %56,4'ü kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %69,8'i üniversite hastanesinde görev yapan hekimlerden oluşurken %30,2'si devlet hastanelerinde görev yapan hekimlerden oluşmaktadır. Demografik değişkenlerde en çok dikkat çeken durum ise ankete katılan hekimlerin %67,4'ünün günlük ortalama muayene sayısının 50 hastanın altında olması durumudur (Şekil 3).



Şekil 3. Hekimlerin Demografik Özellikleri

Fiziki Şartlar:

Hekimlere yöneltilen ilk dört soruda çalışma ortamlarının, personel, ekipman ve tıbbi cihaz açısından yeterlilik algısı sorgulanmıştır (Tablo 5). Hekimlerin %75,6'sı görev aldıkları kurumlarda tıbbi donanım ve fiziki koşulların hasta tercihleri üzerinde etkili olduğunu düşünmektedir. %40,1'i çalışma koşullarının yetersiz olduğunu, %45,4'ü personel sayısının yetersiz olduğunu ve %45,9'u da hastalara yeterli zaman ayıramadığını düşünmektedir.

Tablo 5. Fiziki Şartlar

Soru	Z	Ort.	Medyan	St. Sapma	Minimum	Maksimum	Cevap	N	%
1.Tıbbi donanım ve ekipman açısından görev aldığım birim yeterlidir.	172	3	3	1,17	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	15	8,7
							Katılmıyorum	54	31,4
							Kararsızım	34	19,8
							Katılıyorum	52	30,2
							Kesinlikle Katılıyorum	17	9,9
2.Kurumunuzun çalışan personel sayısı yeterlidir.	172	3	3	1,24	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	28	16,3
							Katılmıyorum	50	29,1
							Kararsızım	29	16,9
							Katılıyorum	52	30,2
							Kesinlikle Katılıyorum	13	7,6
3.Hastalarımıza yeterli zaman ayıramamız için gerekli koşullar sağlanır.	172	3	3	1,20	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	27	15,7
							Katılmıyorum	52	30,2
							Kararsızım	35	20,3
							Katılıyorum	46	26,7
							Kesinlikle Katılıyorum	12	7,0
4.Kurumunuzun fiziki şartları hastaların hekim ve hastane tercihleri üzerinde etkili olur.	172	4	4	0,99	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,7
							Katılmıyorum	14	8,1
							Kararsızım	25	14,5
							Katılıyorum	71	41,3
							Kesinlikle Katılıyorum	59	34,3

Hasta-Hekim İletişimi:

Hasta ile hekim arasındaki iletişimde hekimlerin hasta iletişimi üzerine algıları sorgulanmıştır (Tablo 6). Hekimler (%95,4)' ü hastalar ile kurulacak doğru iletişimin tanı ve tedavi üzerinde olumlu etkileri olduğunu düşünürken, hekimlerin (%77,9)' u hastalar ile iletişimde mesleki eğitime ihtiyaç duyduğunu düşünmektedir. Hekimlerin (%61)'i hastalara gerekli açıklamaların yapıldığını, (%59,9)'u da hastalara karşı sade bir dil kullanıldığını düşünmektedir.

Tablo 6. Hasta-Hekim İletişimi									
Soru	N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Minimum	Maksimum	Cevap	N	%
5.Hekimlerin hasta iletişimi üzerine mesleki eğitim almaları gerekir.	172	4	4	1,04	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	4	2,3
							Katılmıyorum	20	11,6
							Kararsızım	14	8,1
							Katılıyorum	77	44,8
Kesinlikle Katılıyorum	57	33,1							
6.Hastalar ile kurulan doğru iletişim tanı ve tedaviyi kolaylaştırır.	172	5	5	0,62	2	5	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0,0
							Katılmıyorum	2	1,2
							Kararsızım	6	3,5
							Katılıyorum	54	31,4
Kesinlikle Katılıyorum	110	64,0							
7.Hastalara tanı ve tedavi ile ilgili yeterli açıklama yapıldığını düşünürüm.	172	4	4	0,98	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	4	2,3
							Katılmıyorum	22	12,8
							Kararsızım	41	23,8
							Katılıyorum	78	45,3
Kesinlikle Katılıyorum	27	15,7							
8.Hekimler hastalara anlayabilecekleri tıbbi terimlerden arınmış sade bir dil kullanır	172	4	4	1	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	6	3,5
							Katılmıyorum	14	8,1
							Kararsızım	49	28,5
							Katılıyorum	70	40,7
Kesinlikle Katılıyorum	33	19,2							

Etik Yaklaşım:

Hekimlerim mesleki etik yaklaşımlar üzerine algıları sorgulanmıştır (Tablo 7). Hekimlerin %79,6'sı etik değerlere göre hareket edildiğini, %66,2'si hastalara yeterli ilgi ve özenin gösterildiğini, %68,6'sı hastalardan bıçak parası vb. bir ödeme beklentisinin bulunmadığını düşünürken, %55,8'i hastaların tanı ve tedavi kararlarında performans kaygısı taşındığını düşünmektedir.

Tablo 7. Etik Yaklaşım									
Soru	N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Minimum	Maksimum	Cevap	N	%
9.Hekimler mesleki etik değerlere göre davranır.	172	4	4	0,91	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,2
							Katılmıyorum	11	6,4
							Kararsızım	22	12,8
							Katılıyorum	79	45,9
							Kesinlikle Katılıyorum	58	33,7
10.Meslektaşlarımın hastalardan informal ödeme (bıçak parası, hediye vb.) beklentisi olabileceğini düşünürüm.	172	2	2	1,07	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	64	37,2
							Katılmıyorum	54	31,4
							Kararsızım	38	22,1
							Katılıyorum	10	5,8
							Kesinlikle Katılıyorum	6	3,5
11.Meslektaşlarımın verdiği bazı kararları performans kaygısı etkiler.	172	4	4	1,04	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	9	5,2
							Katılmıyorum	14	8,1
							Kararsızım	53	30,8
							Katılıyorum	66	38,4
							Kesinlikle Katılıyorum	30	17,4
12.Meslektaşlarım hastalara karşı yeterli ilgi ve özen gösterir.	172	4	4	0,84	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,2
							Katılmıyorum	12	7,0
							Kararsızım	44	25,6
							Katılıyorum	89	51,7
							Kesinlikle Katılıyorum	25	14,5
13.Bazı hekimler mesleklerine yakışmayan tutum ve davranış sergiler.	172	3	3	1,09	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	14	8,1
							Katılmıyorum	42	24,4
							Kararsızım	51	29,7
							Katılıyorum	51	29,7
							Kesinlikle Katılıyorum	14	8,1

Hasta Hekim Arasında Güven Yaklaşımı:

Hekimlerin hasta-hekim arasındaki güven yaklaşımı üzerine algıları sorgulanmıştır (Tablo 8). Hekimler %70,4 oranında meslektaşlarının kararlarına güvendiklerini belirtirken, hekimlerin %64,8'i hastaların şikâyetlerini doğru anlatma konusunda yeterli olmadığını, %71,5'i vermiş oldukları kararların hastalar tarafından kabul görmediğini, %65,7'si hastalara güvenmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 8. Hasta-Hekim Arasındaki Güven Yaklaşımı									
Soru	N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Minimum	Maksimum	Cevap	N	%
14.Meslektaşlarımın tıbbi kararlarına güvenirim.	172	4	4	0,73	2	5	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0,0
							Katılmıyorum	5	2,9
							Kararsızım	46	26,7
							Katılıyorum	92	53,5
							Kesinlikle Katılıyorum	29	16,9
15.Meslektaşlarımın benim ve ailem hakkındaki tanı ve tedavi kararlarında başka bir hekime danışma ihtiyacı duyarım.	172	3	3	1,06	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	7	4,1
							Katılmıyorum	44	25,6
							Kararsızım	55	32,0
							Katılıyorum	46	26,7
							Kesinlikle Katılıyorum	20	11,6
16.Hekimler, hastalara hastalıkları ile ilgili şikâyetleri anlatma konusunda gerekli özeni gösterir.	172	4	4	0,86	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	1	0,6
							Katılmıyorum	16	9,3
							Kararsızım	45	26,2
							Katılıyorum	85	49,4
							Kesinlikle Katılıyorum	25	14,5
17.Hastalar hekimlerin vermiş olduğu kararları sorgular.	172	4	4	0,98	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	4	2,3
							Katılmıyorum	13	7,6
							Kararsızım	32	18,6
							Katılıyorum	76	44,2
							Kesinlikle Katılıyorum	47	27,3
18.Hastalar hekimlere karşı her zaman dürüst davranır.	172	2	2	1,03	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	44	25,6
							Katılmıyorum	69	40,1
							Kararsızım	36	20,9
							Katılıyorum	19	11,0
							Kesinlikle Katılıyorum	14	8,1

Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi:

Hekimlerin ekonomik ve zaman değerlendirmeleri hakkındaki algıları sorgulanmıştır (Tablo 9). Ankete katılan hekimlerin %83,7'si hastaların tedavi süreçlerinde kendilerine olan güvensizlikleri nedeni ile birden çok hekime başvuru yaptıklarını, %77,3'ü hastaların eğitim seviyesinin tedavi sürecini etkilediğini, %77,9'u hastaların yetersiz bilgi ve iletişim kaynakları olduğunu, %90,1'i verilen ilaçları doğru ve düzenli kullanmadıklarını ve %73,8'i hastaların kendilerinden gereksiz tetkik vb. işlemleri yapmasını istediğini belirtmiştir. Aynı zamanda hekimlerin %92,4'ü çok yoğun çalışma koşulları olduğu, %87,82'i sağlık sistemine bağlı sorunlar olduğunu, %89,5'i acil servislerin gereksiz meşgul edildiğini belirtmiştir. Tüm bu faktörler incelendiğinde sağlık hizmetlerinde hekim gözüyle ekonomik kayıpların olduğu söylenebilir.

Tablo 9. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi									
Soru	N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Minimum	Maksimum	Cevap	N	%
19. Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	172	4	4	0,81	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	1	0,6
							Katılmıyorum	5	2,9
							Kararsızım	22	12,8
							Katılıyorum	78	45,3
20.Hastaların eğitim seviyesi karar verme aşamasını etkilediğinden ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	172	4	4	0,83	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,2
							Katılmıyorum	4	2,3
							Kararsızım	33	19,2
							Katılıyorum	81	47,1
21.Hastalar yetersiz bilgi ve iletişim nedeniyle sistemi daha fazla kullanarak ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	172	4	4	0,92	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,7
							Katılmıyorum	8	4,7
							Kararsızım	27	15,7
							Katılıyorum	75	43,6
22.Hekimlerin mesleki açıdan kendilerini yeterli hissetmemeleri ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	172	3	4	0,99	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	7	4,1
							Katılmıyorum	22	12,8
							Kararsızım	51	29,7
							Katılıyorum	72	41,9
23. Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkiler.	172	4	5	0,74	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,2
							Katılmıyorum	1	0,6
							Kararsızım	10	5,8
							Katılıyorum	59	34,3
24. Hekimlerin performans kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur.	172	3	3	1,12	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	8	4,7
							Katılmıyorum	30	17,4
							Kararsızım	55	32,0
							Katılıyorum	46	26,7
25. Hastaların verilen ilaçları düzenli ve tam olarak kullanmaması ekonomik ve zaman kaybına neden olur.	172	4	4	0,82	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	2	1,2
							Katılmıyorum	6	3,5
							Kararsızım	9	5,2
							Katılıyorum	73	42,4
26. Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanmasına neden olur.	172	4	4	0,78	2	5	Kesinlikle Katılmıyorum	0	0,0
							Katılmıyorum	6	3,5
							Kararsızım	15	8,7
							Katılıyorum	69	40,1
27. Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	172	5	5	0,78	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	1	0,6
							Katılmıyorum	4	2,3
							Kararsızım	13	7,6
							Katılıyorum	32	18,6
28. Hekimler performans beklentileri nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırır.	172	3	3	1,12	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	23	13,4
							Katılmıyorum	60	34,9
							Kararsızım	56	32,6
							Katılıyorum	17	9,9
29. Hastalar tanı ve tedavi için gereksiz gördüğünüz tetkiklerin yapılmasını ister.	172	4	4	1,14	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	16	9,3
							Katılmıyorum	10	5,8
							Kararsızım	12	7,0
							Katılıyorum	23	13,4
30. Uzman hekim sayısının yetersiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	172	4	4	1,12	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	63	36,6
							Katılmıyorum	64	37,2
							Kararsızım	7	4,1
							Katılıyorum	17	9,9
	172	4	4	1,12	1	5	Kararsızım	34	19,8
							Katılıyorum	58	33,7
							Kesinlikle Katılmıyorum	56	32,6
							Katılıyorum	56	32,6

4.2. Hasta Anket Sorularının Dağılımı

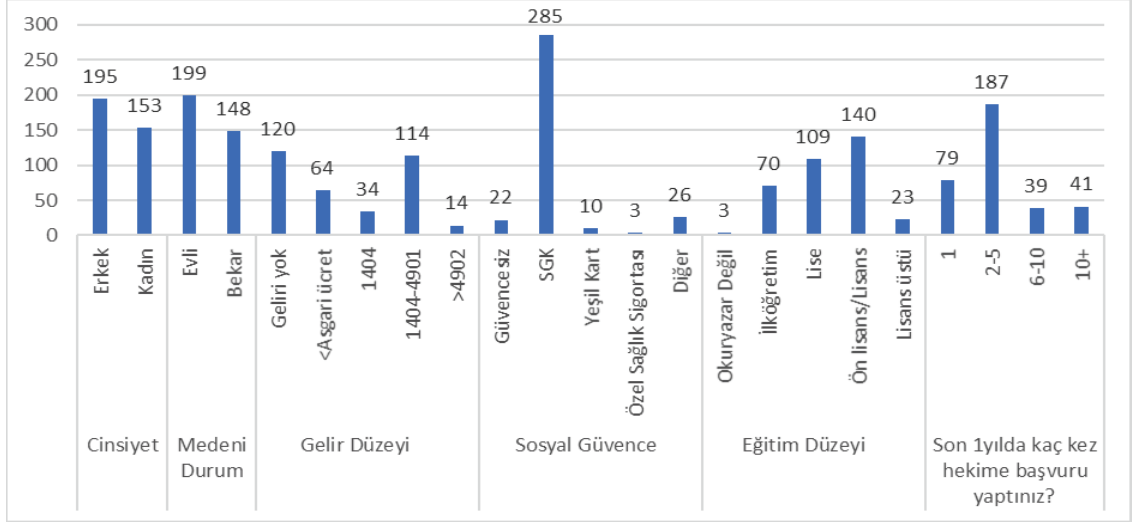
Ankete katılan hastaların anket sorularına vermiş oldukları cevaplar incelenerek düzenlenmiştir.

Demografik Dağılımı:

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri ve belirlenmiş bazı değişkenlere göre özellikleri Tablo 10’ da gösterilmiştir.

	N	%
Cinsiyet	Erkek	56,0
	Kadın	44,0
Medeni Durum	Evli	57,3
	Bekâr	42,7
Gelir Düzeyi	Geliri yok	34,7
	<Asgari ücret	18,5
	1404	9,8
	1404-4901	32,9
	>4902	4,0
Sosyal Güvence	Güvencesiz	6,4
	SGK	82,4
	Yeşil Kart	2,9
	Özel Sağlık Sigortası	0,9
	Diğer	7,5
Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	0,9
	İlköğretim	20,3
	Lise	31,6
	Ön lisans/Lisans	40,6
	Lisansüstü	6,7
Son 1 yılda kaç kez hekime başvuru yaptınız?	1	22,8
	2-5	54,0
	6-10	11,3
	10+	11,8

Hastaların demografik değişkenlerine bakıldığında ankete katılanların %56’sı erkek hastalardan oluşurken %44’ü kadın hastalardan oluşmaktadır. Eğitim durumu açısından bakıldığında %47,3’lük bir oranda önlisans ve üzeri düzeyde eğitim varken %52,7’lik bir oranda lise ve altı düzeyde eğitim söz konusudur. Hastaların %85,3’ü genel sağlık sigortası kapsamında işlem görmektedir. Ankete katılan hastaların %22,8’i yılda 1 kez hekime başvuru yaparken %77,2’si yılda birden çok hekime başvuru yapmaktadır (Şekil 4).



Şekil 4. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Fiziki Şartlar:

Ankete katılan hastaların hizmet aldıkları sağlık kuruluşlarının fiziki koşulları hakkındaki algıları sorgulanmıştır (Tablo 11). Hastaların %70,7'si hizmet aldıkları sağlık kuruluşlarını tıbbi donanım ve ekipman açısından yeterli bulmakta ve %63,5'i fiziki açıdan da yeterli olduğunu düşünmekte iken, %57,2'si hekimlerin muayene için kendilerine yeterli zaman ayırmadıklarını düşünmektedir. Ayrıca hastaların %70,7'si hekim ya da hastane tercihlerinde fiziki koşulların önemli olduğunu belirtmiştir.

Tablo 11. Hastaların Hizmet Aldıkları Sağlık Kuruluşuna Ait Fiziki Şartlar									
Soru	N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Minimum	Maksimum	Cevap	N	%
1. Hizmet aldığınız kuruluş tıbbi donanım ve ekipman açısından yeterlidir.	348	4	4	1,07	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	14	4,0
							Katılmıyorum	28	8,0
							Kararsızım	60	17,2
							Katılıyorum	141	40,5
							Kesinlikle Katılıyorum	105	30,2
2. Hizmet alınan kuruluşların fiziki şartları yeterlidir.	348	4	4	1,07	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	13	3,7
							Katılmıyorum	40	11,5
							Kararsızım	74	21,3
							Katılıyorum	137	39,4
							Kesinlikle Katılıyorum	84	24,1
3. Hekim muayene için yeterli zaman ayırır.	348	4	4	1,28	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	23	6,6
							Katılmıyorum	61	17,5
							Kararsızım	65	18,7
							Katılıyorum	86	24,7
							Kesinlikle Katılıyorum	113	32,5
4. Hizmet aldığınız kuruluşun fiziki şartları (Dış görünüşü vb.) hekim ve hastane tercihleri üzerinde etkili olur.	348	4	4	1,17	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	24	6,9
							Katılmıyorum	27	7,8
							Kararsızım	51	14,7
							Katılıyorum	133	38,2
							Kesinlikle Katılıyorum	113	32,5

Hasta-Hekim İletişimi:

Ankete katılan hastaların hekimler ile olan iletişim algıları sorgulanmıştır (Tablo 12). Hastaların %81'i hekimlerin hastalar ile olan iletişimleri üzerine eğitim almaları gerektiğini düşünürken %61'i hekimlerin hastalara yeterli açıklama yaptığını, %63,2'si hekimlerin sade bir dil kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların %94,6'sı hekimler ile kurulacak olan doğru iletişimin tanı ve tedavi üzerinde olumlu olacağını düşünmektedir.

Tablo 12. Hasta-Hekim İletişimi									
Soru	N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Minimum	Maksimum	Cevap	N	%
5.Hekimlerin hasta iletişimi üzerine mesleki eğitim almaları gerekir.	348	4	5	1,16	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	19	5,5
							Katılmıyorum	24	6,9
							Kararsızım	26	7,5
							Katılıyorum	93	26,7
Kesinlikle Katılıyorum	186	53,4							
6.Hekimler ile kurulan doğru iletişim tanı ve tedaviyi kolaylaştırır.	348	5	5	0,68	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	3	0,9
							Katılmıyorum	3	0,9
							Kararsızım	13	3,7
							Katılıyorum	73	21,0
Kesinlikle Katılıyorum	256	73,6							
7.Hekimlerin tanı ve tedavi ile ilgili yeterli açıklama yaptığını düşünürüm.	348	4	4	1,17	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	20	5,7
							Katılmıyorum	42	12,1
							Kararsızım	74	21,3
							Katılıyorum	114	32,8
Kesinlikle Katılıyorum	98	28,2							
8.Hekimler hastalara anlayabilecekleri tıbbi terimlerden arınmış sade bir dil kullanır.	348	4	4	1,16	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	22	6,3
							Katılmıyorum	33	9,5
							Kararsızım	73	21,0
							Katılıyorum	121	34,8
Kesinlikle Katılıyorum	99	28,4							

Etik Yaklaşım:

Ankete katılan hastaların hekimler ile olan etik yaklaşım algıları sorgulanmıştır (Tablo 13). Değişkenler incelendiğinde hastaların %87,1'i hekimlerin özel bilgilere ve mahremiyete özenli olduklarını düşündükleri görülmektedir. Ayrıca hastaların %55,8'i hekimlerin kendilerine yeterli ilgi ve özeni gösterdiğini düşünmektedir. Hastaların sadece %23,8'i hekimlerin kendilerini muayene ya da tedavi ederken para, hediye vb. beklentilerinin olabileceklerini belirtmişlerdir. Etik açıdan hastalar hekimlere güvenmektedir.

Tablo 13. Etik Yaklaşım									
Soru	N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Minimum	Maksimum	Cevap	N	%
9.Hekimler hastaların mahremiyetine ve özel değerlerine saygılı davranır.	348	4	5	0,87	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	4	1,1
							Katılmıyorum	12	3,4
							Kararsızım	29	8,3
							Katılıyorum	106	30,5
							Kesinlikle Katılıyorum	197	56,6
10.Hekimlerin hastalardan bıçak parası, hediye vb. ödeme beklentisi olabileceğini düşünürüm.	348	2	2	1,38	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	141	40,5
							Katılmıyorum	59	17,0
							Kararsızım	67	19,3
							Katılıyorum	47	13,5
							Kesinlikle Katılıyorum	34	9,8
11.Hekimlerin verdiği bazı kararları para kazanma kaygısı etkiler.	348	3	3	1,37	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	76	21,8
							Katılmıyorum	57	16,4
							Kararsızım	80	23,0
							Katılıyorum	82	23,6
							Kesinlikle Katılıyorum	53	15,2
12.Hekimler hastalara karşı yeterli ilgi ve özen gösterir.	348	4	4	1,14	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	20	5,7
							Katılmıyorum	37	10,6
							Kararsızım	97	27,9
							Katılıyorum	106	30,5
							Kesinlikle Katılıyorum	88	25,3
13.Bazı hekimler mesleklerine yakışmayan tutum ve davranış sergiler.	348	3	3	1,38	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	69	19,8
							Katılmıyorum	48	13,8
							Kararsızım	76	21,8
							Katılıyorum	94	27,0
							Kesinlikle Katılıyorum	61	17,5

Hasta Hekim Arasında Güven Yaklaşımı:

Ankete katılan hastaların hekim ile olan güven ilişkisindeki algıları sorgulanmıştır (Tablo 14). Hastaların %67,8'i hekimlerin tıbbi kararlarına güvendiklerini, %68,7'si muayene esnasında şikâyetlerini anlatması konusunda yeterli fırsat ve zamanı olduğunu, %66,4'ü muayene esnasında rahat ve huzurlu olduğunu ve %72,1'i hekimlerin hastalara karşı dürüst davrandıklarını düşünmektedir. Ayrıca hastaların %81,6'sı hekime güven sorunu yaşadıklarında hekimin kararlarını sorgulayacaklarını ve vermiş oldukları tedaviyi uygulamayacaklarını belirtmiştir. Hastaların hekimlere karşı güven duydukları görülmektedir. Hastalar güven duygusunun tanı ve tedavi açısından kendileri için önemli olduğunu düşünmektedir.

Tablo 14. Hasta-Hekim Arasındaki Güven Yaklaşımı									
Soru	N	Ort.	Medyan	Standart Sapma	Minimum	Maksimum	Cevap	N	%
14.Hekimlerin tıbbi kararlarına güvenirim.	348	4	4	0,95	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	8	2,3
							Katılmıyorum	10	2,9
							Kararsızım	94	27,0
							Katılıyorum	126	36,2
							Kesinlikle Katılıyorum	110	31,6
15.Hekime güven duymazsam, benim ve ailem hakkında vermiş oldukları tedavi kararlarını sorgularım.	348	4	5	1,06	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	16	4,6
							Katılmıyorum	11	3,2
							Kararsızım	37	10,6
							Katılıyorum	106	30,5
							Kesinlikle Katılıyorum	178	51,1
16.Hekimler, hastalığımı ile ilgili şikâyetleri anlatmam konusunda fırsat ve zaman verir.	348	4	4	1,07	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	14	4,0
							Katılmıyorum	23	6,6
							Kararsızım	72	20,7
							Katılıyorum	128	36,8
							Kesinlikle Katılıyorum	111	31,9
17.Hekim ile olan iletişimde kendimi rahat ve huzurlu hissedirim.	348	4	4	1	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	9	2,6
							Katılmıyorum	18	5,2
							Kararsızım	90	25,9
							Katılıyorum	122	35,1
							Kesinlikle Katılıyorum	109	31,3
18. Hekimler hastalara dürüst davranır.	348	4	4	0,96	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	8	2,3
							Katılmıyorum	14	4,0
							Kararsızım	75	21,6
							Katılıyorum	131	37,6
							Kesinlikle Katılıyorum	120	34,5

Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi:

Ankete katılan hastaların sağlık hizmetlerini kullanmada ki algılarının ekonomik ve zaman etkileri sorgulanmıştır (Tablo 15). Hastaların %75,8' i hastalığı ile ilgili hekime güvenmezse başka hekimlere başvuru yapacağını belirtmiştir. Ankete katılan hastaların %78,2'si hekimlerin tecrübesizliğinin, %87,6'sı hastalara karşı kötü tutumun, %78,4'ü hastaların bilgisizliğinin, %86,5'i hekimlerin çok yoğun çalışmalarının, %83,7'si verilen tedavinin düzenli kullanılmamasının, %67,8'i sağlık sisteminden kaynaklı problemlerin, %85,1'i hekim sayısının yetersizliği ve %91,9'u da polikliniklerin aşırı yoğunluğu nedeniyle acil servis kullandıklarını belirterek acil olmayan durumları nedeniyle acil servisleri gereksiz meşgul etmeleri nedeniyle tedavi olamadıkları bir alanı kullanarak fazladan ilaç kullanımı, muayene ücreti, hastanede geçen süre, iş kaybı gibi nedenlerle ekonomik kayıplara neden olduğunu düşünmektedir. Hastalar hekimlerin etik ve mesleki değerler dışında beklentilerinin olmadığını görevi kötüye kullanma ve maddi çıkar beklentilerinin olmadığını düşünmektedir.

Tablo 15. Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanmadaki Algılarının Ekonomik Etkileri ve Zaman Değerlendirmesi

Soru	N	Ort.	Medyan	Standart Sapma	Minimum	Maksimum	Cevap	N	%
19. Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	348	4	5	1,13	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	15	4,3
							Katılmıyorum	23	6,6
							Kararsızım	46	13,2
							Katılıyorum	86	24,7
							Kesinlikle Katılıyorum	178	51,1
20. Hekimlerin tecrübesiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	348	4	5	1,10	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	13	3,7
							Katılmıyorum	23	6,6
							Kararsızım	40	11,5
							Katılıyorum	90	25,9
							Kesinlikle Katılıyorum	182	52,3
21. Hekimlerin hastalarla iletişiminin kötü olması ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	348	4	5	0,94	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	8	2,3
							Katılmıyorum	15	4,3
							Kararsızım	20	5,7
							Katılıyorum	109	31,3
							Kesinlikle Katılıyorum	196	56,3
22. Hastaların bilgi eksikliği ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	348	4	5	1,01	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	11	3,2
							Katılmıyorum	11	3,2
							Kararsızım	53	15,2
							Katılıyorum	99	28,4
							Kesinlikle Katılıyorum	174	50,0
23. Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkiler.	348	4	5	0,90	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	7	2,0
							Katılmıyorum	10	2,9
							Kararsızım	30	8,6
							Katılıyorum	111	31,9
							Kesinlikle Katılıyorum	190	54,6
24. Hekimlerin maddi kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur.	348	4	4	1,32	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	32	9,2
							Katılmıyorum	48	13,8
							Kararsızım	70	20,1
							Katılıyorum	81	23,3
							Kesinlikle Katılıyorum	117	33,6
25. Verilen ilaçların düzenli ve tam olarak kullanmaması ekonomik ve zaman kaybına neden olur.	348	4	5	1,03	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	13	3,7
							Katılmıyorum	12	3,4
							Kararsızım	32	9,2
							Katılıyorum	82	23,6
							Kesinlikle Katılıyorum	209	60,1
26. Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanımına neden olur.	348	4	4	1,12	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	15	4,3
							Katılmıyorum	28	8,0
							Kararsızım	69	19,8
							Katılıyorum	109	31,3
							Kesinlikle Katılıyorum	127	36,5
27. Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	348	5	5	0,79	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	6	1,7
							Katılmıyorum	3	0,9
							Kararsızım	19	5,5
							Katılıyorum	86	24,7
							Kesinlikle Katılıyorum	234	67,2
28. Hekimler maddi beklentiler nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırır.	348	3	3	1,36	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	67	19,3
							Katılmıyorum	74	21,3
							Kararsızım	89	25,6
							Katılıyorum	56	16,1
							Kesinlikle Katılıyorum	62	17,8
29. Hastalar hekimlerden tam ve tedavi için gereksiz tetkiklerin yapılmasını ister.	348	3	3	1,40	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	62	17,8
							Katılmıyorum	62	17,8
							Kararsızım	80	23,0
							Katılıyorum	69	19,8
							Kesinlikle Katılıyorum	75	21,6
30. Hekim sayısının yetersiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	348	4	5	0,90	1	5	Kesinlikle Katılmıyorum	5	1,4
							Katılmıyorum	11	3,2
							Kararsızım	36	10,3
							Katılıyorum	79	22,7
							Kesinlikle Katılıyorum	217	62,4

4.3. Hasta ve Doktor Anket Sorularının Karşılaştırılması

Hasta ve hekimlerin ankete vermiş oldukları cevaplar karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş ve değişkenlerin arasında anlamlı ilişki olup olmadığına bakılmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Hasta Hekim Karşılaştırma (Demografik Özellikler)				
		Doktor	Hasta	
		N (%)	N (%)	p
Cinsiyet	Erkek	75 (43,6)	195 (56,0)	0,009
	Kadın	97 (56,4)	153 (44,0)	
Yaş	<29	106 (61,6)	131 (37,6)	<0,001
	30-39	41 (23,8)	86 (24,7)	
	40+	25 (14,5)	131 (37,6)	
Medeni Durum	Evli	79 (45,9)	199 (57,3)	0,015
	Bekâr	93 (54,1)	148 (42,7)	

4.3.1. Demografiklerin Karşılaştırılması:

Rastgele örneklem yöntemi ile uygulanan anket sonuçlarında hasta ve hekimlerin demografik özellikleri karşılaştırılmış ve hasta ve hekimler arasında cinsiyet, yaş, medeni durum dağılımları açısından istatistiksel farklılıklar belirlenmiştir (Fisher's Exact $p < 0,05$). Hekimlerde kadın oranı yüksek iken hastalarda erkek oranı yüksektir. Hekimlerde 29 yaşından büyüklerin oranı yüksek iken hastalarda 29 yaşından küçük ve 40 yaşından büyüklerin oranı yüksektir. Doktorlarda bekâr oranı yüksek iken hastalarda evli oranı yüksektir.

4.3.2. Fiziki Şartlar Karşılaştırması:

Doktor ve hasta yanıtları arasında 1, 2 ve 3.soru dağılımları açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (Tablo 17). Hastaların ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Mann-Whitney U $p < 0,05$).

Tablo 17. Hasta Hekim Karşılaştırma (Fiziki Şartlar)								
Soru		N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Min.	Maks.	p
1	Doktor	172	3	3	1,17	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,07	1	5	
2	Doktor	172	3	3	1,24	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,07	1	5	
3	Doktor	172	3	3	1,20	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,28	1	5	
4	Doktor	172	4	4	0,99	1	5	0,264
	Hasta	348	4	4	1,17	1	5	

Fiziki şartlar için verilen cevaplar incelendiğinde hekimler çalıştıkları birimleri fiziki, personel ve altyapı olarak yeterli bulmazken, hastalar hizmet aldıkları kuruluşları fiziki açıdan, tıbbi donanım yönünden yeterli olarak görmektedir. Hekim ve hastaların ortak yaklaşımı ise fiziki koşulların hizmet alım kararları üzerine etkili olduğudur. Bu durum hizmet sunucular ile hizmet alıcılar açısından önemli bir basamak olarak görülebilir. Örneğin işinde çok iyi olan bir hekim fiziki koşulları kötü olan bir birimde atıl kalabileceği gibi fiziki koşulları çok iyi olduğu için ilgili olmayan hekimlere başvuru yapılabilecek birimlerde olabilir. Bu durumun sağlık hizmetleri kullanımında ekonomik kayıplara neden olacağı görülmektedir.

4.3.3. Hasta-Hekim İletişimi Karşılaştırması:

Doktor ve hasta yanıtları arasında 5 ve 6. soru dağılımları açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (Tablo 18).5. soruda hastaların medyanı daha yüksek bulunmuştur (Mann-Whitney U $p < 0,05$).

Tablo 18. Hasta-Hekim İletişimi Karşılaştırma								
Soru		N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Min.	Maks.	p
5	Doktor	172	4	4	1,04	1	5	0,001
	Hasta	348	4	5	1,16	1	5	
6	Doktor	172	5	5	0,62	2	5	0,040
	Hasta	348	5	5	0,68	1	5	
7	Doktor	172	4	4	0,98	1	5	0,245
	Hasta	348	4	4	1,17	1	5	
8	Doktor	172	4	4	1	1	5	0,246
	Hasta	348	4	4	1,16	1	5	

Hasta ve hekimlerin birbirleri ile olan iletişimlerinde ki algıları karşılaştırıldığında hekimler kendilerine hastalar ile iletişim konusunda ek bir eğitimin faydalı olacağını düşünürken hastalarda hekimlerin iyi iletişim becerileri konusunda yetersiz kaldığını düşünmektedir. Her iki grup da hastalıkların tedavi sürecinde iyi iletişim kurulmasının faydalı olacağı konusunda aynı düşüncededir. Bireyler arasındaki iletişimin ne kadar önemli olduğu tartışılmazdır. Bu bağlamda hekimlerin mesleki olarak iletişim becerileri üzerine hizmet içi eğitim almaları, tıp eğitimi esnasında hasta iletişimi üzerine spesifik eğitimler düzenlenmesi faydalı olacaktır.

4.3.4. Etik Yaklaşım Karşılaştırılması:

Hekim ve hasta yanıtları arasında 9 ve 11. soru dağılımları açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (Tablo 19). 9. soruda hastaların medyanı daha yüksek iken 11. soruda doktorların medyanı daha yüksek bulunmuştur. (Mann-Whitney U $p < 0,05$).

Soru		N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Min.	Maks.	p
9	Doktor	172	4	4	0,91	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	0,87	1	5	
10	Doktor	172	2	2	1,07	1	5	0,114
	Hasta	348	2	2	1,38	1	5	
11	Doktor	172	4	4	1,04	1	5	<0,001
	Hasta	348	3	3	1,37	1	5	
12	Doktor	172	4	4	0,84	1	5	0,430
	Hasta	348	4	4	1,14	1	5	
13	Doktor	172	3	3	1,09	1	5	0,546
	Hasta	348	3	3	1,39	1	5	

Ankete katılan iki grup arasındaki etik yaklaşım karşılaştırıldığında, her iki grubunda, etik değerler söz konusu olduğunda dikkatli davrandığı görülmektedir. Hekimler hastaların mahremiyetlerine karşı özen gösterirken, hastalar da mahremiyet konusunda hekimlere güvenmektedir. Hekimlerin tıbbi kararlarında ekonomik beklentiler etkili olmazken, hastaların büyük bir bölümü de hekimlere bu konuda güvenmekte ve hekimlerin kendilerinden para ya da maddi beklenti içinde olmadıklarını düşünmektedir. Bu durum, hekim ile hasta arasındaki hizmet alımında resmi olmayan ödemelerin ciddi oranda azaldığının göstergesidir. Hizmet sunucular ve alıcıların konu hakkındaki yaklaşımı da bunu açıkça göstermektedir.

4.3.5. Hasta-Hekim Arasında Güven Yaklaşımı Karşılaştırması:

Doktor ve hasta yanıtları arasında yer alan 15, 16 ve 18. soruların dağılımlarında istatistiksel anlamlı farklılık vardır (Tablo 20). 15 ve 18. soruda hasta ortalaması daha yüksektir (Mann-Whitney U $p < 0,05$).

Soru		N	Ort.	Medyan	St.Sapma	Min.	Maks.	p
14	Doktor	172	4	4	0,73	2	5	0,134
	Hasta	348	4	4	0,95	1	5	
15	Doktor	172	3	3	1,06	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	1,06	1	5	
16	Doktor	172	4	4	0,86	1	5	0,006
	Hasta	348	4	4	1,07	1	5	
17	Doktor	172	4	4	0,98	1	5	0,974
	Hasta	348	4	4	1	1	5	
18	Doktor	172	2	2	1,03	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	0,96	1	5	

Hekim ve hastaların aralarındaki ilişkide birbirlerine olan güven yaklaşımı karşılaştırıldığında hastaların hekimlere güven duyduğu, kararlarına uyduğu ve özen gösterdiği görülürken, hekimlerin hastalara güvenmedikleri, hastaların dürüst davranmadıklarını düşündükleri görülmektedir. Ankete katılan hastalar hekime güven duymadıkları takdirde mutlaka başka bir hekime gideceklerini belirtirken hekimlerde kendilerine güvenilmediği takdirde başka bir hekime gidileceği yönünde görüş bildirmişlerdir. Halsa ve hekim arasındaki güven yaklaşımının hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde çok önemli olduğu görülmektedir. Güven yaklaşımı açısından hekimlerin hastalara karşı duydukları güvensizlik nedenleri araştırılmalıdır.

4.3.6. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi Karşılaştırılması:

Değişkenler incelendiğinde hekim ve hasta yanıtları arasında 20, 21, 22, 24, 26, 29 ve 30.soru dağılımları açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (Tablo 21) (Mann-Whitney U $p < 0,05$).

Tablo 21. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi Karşılaştırılması								
Soru		N	Ort.	Medyan	St. Sapma	Min.	Maks.	p
19	Doktor	172	4	4	0,81	1	5	0,334
	Hasta	348	4	5	1,13	1	5	
20	Doktor	172	4	4	0,83	1	5	0,001
	Hasta	348	4	5	1,10	1	5	
21	Doktor	172	4	4	0,92	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	0,94	1	5	
22	Doktor	172	3	4	0,99	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	1,01	1	5	
23	Doktor	172	4	5	0,74	1	5	0,220
	Hasta	348	4	5	0,90	1	5	
24	Doktor	172	3	3	1,12	1	5	0,026
	Hasta	348	4	4	1,32	1	5	
25	Doktor	172	4	4	0,82	1	5	0,108
	Hasta	348	4	5	1,03	1	5	
26	Doktor	172	4	4	0,78	2	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,12	1	5	
27	Doktor	172	5	5	0,78	1	5	0,544
	Hasta	348	5	5	0,79	1	5	
28	Doktor	172	3	3	1,12	1	5	0,051
	Hasta	348	3	3	1,36	1	5	
29	Doktor	172	4	4	1,14	1	5	<0,001
	Hasta	348	3	3	1,40	1	5	
30	Doktor	172	4	4	1,12	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	0,90	1	5	

Hasta ve hekimlerin ekonomik ve zaman kayıpları üzerine etkiler başlığı altında sorulan sorular için vermiş oldukları cevaplar incelenerek karşılaştırılmıştır. Hasta ve hekimler güven yaklaşımının önemli olduğu konusunda benzer sonuçlar vermiş, hasta ile hekim ilişkisinde güven oluşmadığında, sistemin ekstra kullanımının meydana geldiğini ve bu durumun da hekime ödenen ücret, iş gücü kaybı, fazla ilaç kullanımı sistemin meşgul edilmesine bağlı diğer sorunlar gibi nedenlere bağlı olarak ekonomik kayıplara neden olduğunu bildirmişlerdir. Hekimler hastaların bilgisizliğinin sağlık sistemi üzerinde yük olduğunu düşünürken hastalar da bu durum hakkında hekimler ile aynı görüşü belirtmişlerdir.

Hastalar hekimlerin mesleki tecrübelerinin önemli olduğunu belirtirken, hekimlerde mesleki açıdan yetersizliğin de ekonomik kayıplara yol açacağını düşünmektedir. Ayrıca verilen cevaplar detaylı incelendiğinde performans kaygılarının da kötüye kullanım üzerinde bir etkisi olduğu konusunda bir algı söz konusu olarak görülmektedir.

Ankete katılan iki grupta hekimlerin çok yoğun çalışma koşulları olduğu, hekim sayısının yetersiz olduğu, mevcut sağlık sisteminin eksiklerinin olduğunu, polikliniklerin çok yoğun olması sebebiyle acil servislerin gereksiz kullanıldığını ve alınan ilaçların düzenli kullanılmadığını bu durumun sağlık sistemi üzerinde ekonomik kayıplara neden olduğunu düşünmektedir.

4.3.7. Hastaların Eğitim Düzeyine ve Başvurulan Hekime Göre Başvuru Sayısının Karşılaştırılması:

Başvuru sayısı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel anlamlı farklılık vardır (Fisher's Exact $p < 0,05$). Başvuru sayısı 10+ olanlarda lise mezunu oranı, 2-5 olanlarda önlisans/lisans mezunu oranı, 6-10 olanlarda lise mezunu oranı ve 1 olanlarda lise, önlisans/lisans oranı daha yüksektir (Tablo 22).

Eğitim Düzeyi	Başvuru Sayısı N (%)				p
	1	2-5	6-10	10+	
Okuryazar Değil	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	2 (4,9)	<0,001
İlköğretim	10 (12,7)	39 (21,1)	8 (21,1)	13 (31,7)	
Lise	28 (35,4)	49 (26,5)	16 (42,1)	15 (36,6)	
Önlisans/Lisans	28 (35,4)	90 (48,6)	11 (28,9)	10 (24,4)	
Lisansüstü	13 (16,5)	7 (3,8)	2 (5,3)	1 (2,4)	

Eğitim düzeyi açısından değişkenler incelendiğinde eğitim düzeyi ile hekime yapılan başvuru arasında ilişki olduğu izlenmektedir. Eğitim düzeyi ile birlikte bilinç düzeyi arttıķa hizmeti kullanım oranları arasında ters orantı olduğu görülmektedir. (Tablo 23).

Tablo 23. Başvurulan Poliklinik ve Başvuru Sayısı								
Hekim		Başvuru Sayısı						
		1 (%)	2-5 (%)		6-10 (%)		10+ (%)	
Bilinmiyor	10	12,7	19	10,2	0	0,0	2	4,9
Acil	2	2,5	3	1,6	2	5,1	0	0,0
Aile Hekimi	1	1,3	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Cerrahi	6	7,6	20	10,7	4	10,3	4	9,8
Cildiye	4	5,1	14	7,5	1	2,6	5	12,2
D�hiliye	7	8,9	22	11,8	6	15,4	8	19,5
Diş	17	21,5	9	4,8	0	0,0	2	4,9
Enfeksiyon	0	0,0	1	0,5	1	2,6	1	2,4
Fizik Tedavi	0	0,0	0	0,0	1	2,6	0	0,0
Göğüs Hastalıkları	9	11,4	19	10,2	5	12,8	4	9,8
G�z	3	3,8	10	5,3	4	10,3	2	4,9
Kadın Doğum	0	0,0	7	3,7	4	10,3	2	4,9
Kardiyoloji	2	2,5	5	2,7	2	5,1	2	4,9
Kulak Burun Boğaz	6	7,6	23	12,3	2	5,1	1	2,4
Nöroloji	5	6,3	12	6,4	2	5,1	2	4,9
Ortopedi	3	3,8	10	5,3	3	7,7	1	2,4
Psikiyatri	0	0,0	4	2,1	0	0,0	2	4,9
Üroloji	4	5,1	8	4,3	2	5,1	3	7,3

Sağlık hizmetleri sunumunda hizmet sunucularının en büyük sorunlarından birisi hizmet alacak grubun bilinç düzeyidir. Eğitim seviyesi arttıķa sistemi gereksiz kullanım oranları düşmekte, doğru zamanda, doğru hekim başvuruları artmaktadır. Hizmet alıcılarının alacakları hizmeti hiç bilmemeleri durumunda hangi hekime, ne zaman, hangi koşullarda başvuracaklarını bilmemeleri nedeniyle sistem üzerinde gereksiz talep kullanımlarına bağlı hekim ödemeleri, sarf ve ilaç kullanımı gibi ekonomik kayıplar görülmektedir.

4.4. Anketin Güvenirliliği ve Geçerliliği

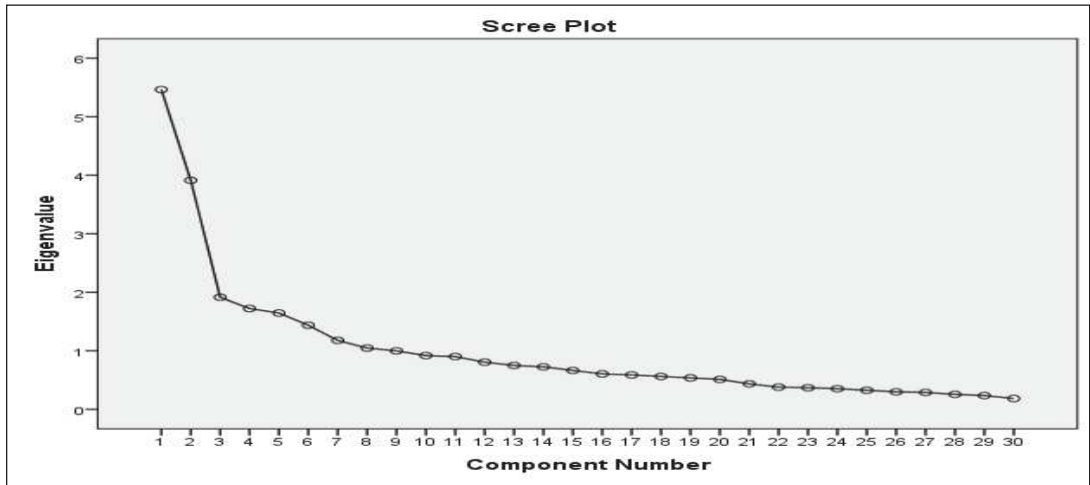
Hasta ve hekimlere uygulanan anketlerin güvenilirliği ve geçerliliği değerlendirilerek açıklanmıştır.

Doktor Anket Güvenirligi:

Anketin güvenirliginde iç tutarlılığı değerlendirmek için Cronbach Alpha katsayısı (Cronbach alfa = 0,568), sınıflar arası tutarlılık için ise Split half method Spearman Brown correlation katsayısı kullanıldı. (Spearman Brown coefficient r=-0,061). Faktörlerin yapısını belirlemek için ise "Temel Bileşenler Analizi" kullanılmıştır. İlk 8 faktörün özdeğerleri 1'den fazladır. Bu çalışmada 8 faktör toplam varyansın %61,05'ini açıklamaktadır (Tablo 24).

Faktör	Varyans Yüzdesi	Kümülatif Yüzdesi
Faktör 1	11,140	11,140
Faktör 2	9,904	21,044
Faktör 3	8,910	29,954
Faktör 4	8,267	38,222
Faktör 5	8,053	46,275
Faktör 6	5,367	51,642
Faktör 7	5,028	56,670
Faktör 8	4,385	61,054

Bartlett Testi, korelasyon matrisinin köşegen elemanlarının 1 ve köşegende olmayan terimlerin 0 olduğu değerlendirmektedir. Bu test, aynı zamanda, verilerin çoklu normal dağılıma uygunluğunu da göstermektedir. Bu çalışmada Bartlett test 0,05 anlamlılık düzeyinde, $p < 0.001$ hesaplandığından popülasyon korelasyon matrisinin birim matris olmadığını söyleyebiliriz. Faktör analizine bakıldığında Anti-image korelasyon matrisinin köşegen değerleri 0,439 ile 0,850 arasında değişmektedir. Bu aralık, örneklem boyutunun faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir (Şekil 5).



Şekil 5. Anti-image Korelasyon Matrisi

Açıklayıcı faktör analizine göre anket 8 alt ölçekten oluşmaktadır.1.alt ölçek; 7, 9, 12, 14, 16 sorularını içermektedir. 2.alt ölçek; 18, 19, 2, 21. soruları içermektedir. 3.alt ölçek; 23, 25, 26, 27, 29, 30 sorularını içermektedir. 4.alt ölçek; soru 1, 2, 3, 4 içermektedir. 5.alt ölçek; soru 1, 11, 22, 24, 28 içermektedir.6.alt ölçek; soru 13, 15, 17 içermektedir. 7.alt ölçek; soru 5, 6 sorularını içermektedir. 8.alt ölçek ise; 8. soruyu içermektedir (Tablo 25).

Tablo 25. Rotasyonlu Bileşenler Matrisi

Sorular	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7	Faktör 8
1	,077	-,101	-,118	,697	-,211	-,107	,054	-,031
2	,137	-,141	-,133	,746	,008	,014	-,070	,085
3	,179	-,199	-,084	,660	,095	-,104	-,010	,200
4	,100	,246	,045	,574	-,114	,009	,172	-,197
5	-,097	-,093	,019	,007	,089	-,118	,794	-,103
6	,002	,116	,181	,248	-,183	,166	,582	,458
7	,644	-,051	-,057	,117	-,037	,044	-,117	,499
8	,482	-,081	,124	,032	,009	-,181	-,016	,663
9	,761	,112	-,013	,019	-,163	-,135	,019	,019
10	-,233	-,016	-,089	-,027	,610	,127	-,075	-,089
11	-,256	,245	-,214	-,051	,439	,194	,322	,162
12	,805	,080	-,082	,088	-,107	-,004	-,027	,108
13	-,189	,123	-,054	-,105	,489	,515	,085	-,057
14	,653	,181	-,056	,122	-,315	-,236	,085	,013
15	-,287	,044	,005	,033	,224	,611	,114	-,127
16	,718	-,144	-,043	,259	-,111	-,009	-,163	-,059
17	,009	,071	,195	-,136	-,087	,737	-,192	,048
18	,244	-,445	,008	,214	,255	,073	,085	-,292
19	,000	,709	,232	-,032	,031	,143	-,074	-,051
20	,062	,826	,077	,001	,010	,067	-,061	-,116
21	,107	,787	,143	-,110	,130	-,058	,105	,097
22	-,047	-,055	,263	-,214	,544	,037	,318	-,136
23	,104	,426	,446	-,333	-,026	,244	,166	,039
24	,013	,249	,153	-,369	,551	,002	,205	-,065
25	-,050	,326	,704	-,085	-,082	-,076	,149	,265
26	,112	,425	,512	-,126	,160	,280	,044	-,039
27	-,038	,297	,629	-,061	,048	-,027	,002	-,053
28	-,244	-,034	,161	,112	,750	-,071	-,181	,139
29	-,214	,084	,680	,099	,124	,046	-,140	,097
30	,021	-,152	,678	-,271	,006	,123	,107	-,096

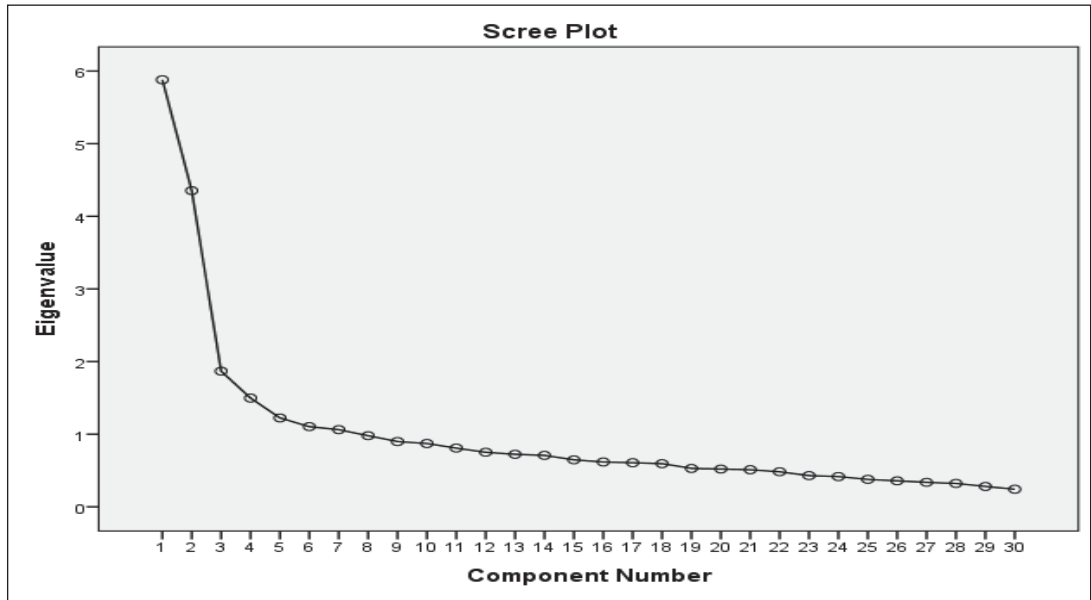
Hasta Anket Güvenirliği:

Anketin güvenirliliğinde iç tutarlılığı değerlendirmek için Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır (Cronbach alfa = 0,751). Sınıflararası tutarlılığı değerlendirmek için ise Split half method Spearman Brown correlation katsayısı esas alınmıştır (Spearman Brown coefficient $r=0,544$). Anketin geçerliliğini değerlendirmek için de açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Örneklem yeterliliği için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ölçütüne bakılmış, KMO ölçütü 0,847 olarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu görülmüştür.

Faktörlerin yapısını belirlemek için "Temel Bileşenler Analizi" kullanılmıştır. İlk 7 faktörün öz değerleri 1'den fazladır. Bu çalışmada 7 faktör toplam varyansın %56,6'sını açıklamaktadır (Tablo 26).

Tablo 26. Temel Bileşenler Analizi (Hasta Anket)		
Faktör	Varyans Yüzdesi	Kümülatif Yüzdesi
Faktör 1	15,367	15,367
Faktör 2	11,073	26,441
Faktör 3	7,995	34,436
Faktör 4	6,751	41,186
Faktör 5	6,314	47,500
Faktör 6	4,688	52,188
Faktör 7	4,444	56,632

Bartlett Testi, korelasyon matrisinin köşegen elemanlarının 1 ve köşegende olmayan terimlerin 0 olduğu değerlendirmektedir. Bu test, aynı zamanda, verilerin çoklu normal dağılıma uygunluğunu da göstermektedir. Bu çalışmada Bartlett test 0,05 anlamlılık düzeyinde, $p < 0.001$ hesaplandığından popülasyon korelasyon matrisinin birim matris olmadığını söyleyebiliriz. Anti-image korelasyon matrisinin köşegen değerleri 0,659 ile 0,905 arasında değişmektedir (Şekil 6). Bu aralık sonuçları değerlendirildiğinde örneklem boyutunun faktör analizi için uygun olduğu görüldü.



Şekil 6. Anti-image Korelasyon Matrisi

Açıklayıcı faktör analizine göre anket 8 alt ölçekten oluşmaktadır. 1.alt ölçek; soru 3, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18'i içermektedir. 2.alt ölçek; soru 19, 20, 21, 25, 27, 30'u içermektedir. 3.alt ölçek; soru 10, 11, 24, 28, 29'u içermektedir. 4.alt ölçek; 15, 22,

23, 26. soruları içermektedir. 5.alt ölçek; 1 ve 2. soruları içermektedir. 6.alt ölçek; soru 4, 5, 6'yı içermektedir. 7.alt ölçek ise soru 13'ü içermektedir (Tablo 27).

Sorular	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7
1	,273	,056	-,069	,027	,835	-,024	-,062
2	,297	,024	-,038	-,039	,811	,079	-,015
3	,638	,134	-,084	-,152	,395	-,083	,002
4	,136	-,199	,028	,259	,353	,586	,159
5	-,251	,295	,112	,048	-,055	,593	,271
6	,120	,226	-,103	-,028	-,056	,663	-,198
7	,749	,057	-,057	-,049	,271	-,096	,078
8	,709	,087	-,034	-,165	,096	-,002	,107
9	,536	,033	-,247	,092	,000	,036	-,075
10	-,094	,015	,754	-,098	-,006	-,121	,175
11	-,207	,096	,617	,143	-,178	-,018	,363
12	,703	-,111	-,014	-,071	,198	-,036	-,088
13	-,169	,099	,283	,105	-,064	,047	,719
14	,701	-,130	-,032	,154	,107	-,019	-,178
15	-,064	,300	-,136	,588	-,008	,029	,145
16	,708	-,051	-,133	,095	-,014	,101	,150
17	,718	-,189	-,010	,096	,021	,058	-,149
18	,634	,031	-,143	,006	,025	,028	-,268
19	-,062	,615	,101	,207	-,042	,189	,090
20	-,096	,712	,155	,143	,107	,032	,075
21	-,003	,784	-,012	,207	,048	,088	,146
22	,133	,374	,036	,537	-,006	,035	,092
23	,078	,373	,134	,522	-,138	,088	,006
24	-,160	,319	,487	,225	,040	,271	-,030
25	-,008	,607	,190	-,011	-,071	,241	-,233
26	-,033	,147	,173	,699	,083	,039	-,061
27	-,009	,647	,000	,245	,092	-,152	,019
28	-,203	,185	,653	-,007	,011	,055	,133
29	-,002	,038	,646	,234	-,078	,007	-,331
30	,030	,456	,096	,370	-,134	,024	-,285

5. TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri piyasasında hizmet sunumunu ve hizmet alımını etkileyen çeşitli faktörler olup bunlardan birisi de bilgi asimetrisidir. Bilgi asimetrisi hem sağlık hizmeti sunumunu hem de alımını doğrudan etkilemektedir. Özellikle hizmet alıcı konumundaki hastanın, hekime göre daha az bilgiye sahip olmasının getirdiği iletişim ve güven sorunu ile hekimin hastaya göre daha fazla bilgi kozunu kendi lehine kullanabilme eğilimi, bilgi asimetrisinin temelini oluşturmaktadır.

Shabbir ve ark. (2010)' da yapmış oldukları çalışmada sağlık sektörünün gelişimi için hasta ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanması gerekliliğini vurgulamışlardır. Yapılan çalışmada hizmet kuruluşlarının koşulları, fiziki yapısı ve hekim ile olan iletişime bağlı yaklaşımlarının hizmet alanlar açısından önemli olduğu görülmektedir. Bu amaçla hizmet alıcısı konumunda olan hastaların ihtiyaç algılarının da belirlenerek hizmet kalitesinin artırılmasının yanında verimliliğin de artmasının sağlanması gereksiz ve aşırı tüketimin önüne geçerek ekonomik kayıpların önlenmesinde etkili olacaktır.

Özcan ve ark. (2013) yapmış oldukları çalışmada ise hizmet sunucuları, eğer tam anlamıyla bir memnuniyet tesis etmek istiyorlarsa hizmet almakta olan hastanın tedaviye ilişkin bilgi düzeyinin artırılması yönünde de çalışma yapmalarının gerekliliğine vurgu yapmışlardır. Yapılan çalışmada hizmet alıcı konumundaki hastaların eğitim düzeylerinin yanında alacakları hizmet ile ilgili bilgi düzeylerinin hizmet alım şekillerinden tedavi sürecine kadar tüm basamaklarda etkisini gösterdiği görülmektedir. Hastaların alacakları hizmeti detaylı bir şekilde bilme hakları vardır. Bu durum hastaların kendilerine yapılacak tedavi süreci üzerinde de etkili olmaktadır. Tam ve detaylı bir şekilde açıklanmamış olan girişimler hastanın psikolojik olarak durumu benimseyememesine neden olabilmektedir. Kendisine ne gibi işlemler yapılacağını, bu işlemler sırasında ve sonrasında neler olacağı hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların bu belirsizliğe bağlı olarak kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmaktadır. Ayrıca bu durum hastanın konu ile ilgili başka fikirlere açık hale gelmesine birden fazla hekime başvuru yaparak kendisine en çok güven veren hekim ve sağlık kuruluşunu arama çabasına dönüşmektedir. Tüm koşullar altında yapılması gereken en önemli işlem hastaya yapılacak tedavi ve girişimlerin tam ve detaylı bir biçimde açıklanmasıdır. Bu süreç tedaviye başlama süreci, tedavi sürecinde yapılacak

işlemleri ve tedavi sonrası yapılacak işlemler olmak üzere detaylandırılmalıdır.

Akkaş (2012)'da yapmış olduğu çalışmada hastalar ile hekimler arasında güven sorunu yaşandığı ve bu sorunlara yönelik çalışmalar yapılması gerekliliğinden bahsetmiştir. Ayrıca Strohmenger ve Wambach (1999)'da yapmış oldukları çalışmada bilgi asimetrisine bağlı olarak hastaların hekimlere olan güven duygusunda azalma olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışmada hastaların hekimlere hizmet alım sürecinin başında güven sorunu yaşamadıkları, güven sorunun sürecin devamında iletişim, hekim davranışları ve yaklaşımı, tıbbi yetersizlik vb. durumlara bağlı olarak geliştiği görülmektedir. Güven sorunun gelişmesine bağlı olarak hastaların hizmet almından kaçındıkları, verilen tedaviyi kabullenmedikleri, hizmet sunucusunu değiştirdiği görülmektedir. Bu aşamada hastalar ile hekimler arasındaki güven duygusunun tanı ve tedavi süreci açısından çok önemli bir unsur olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetleri piyasasında tüm bu nedenlerle aşırı tüketim ve maliyet artışına yol açan asimetrik bilgi problemlerine çözüm üretmek zorunluluğu doğmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008). Yapılan çalışmada asimetrik bilginin hasta ve hekimlerin algılarına bağlı neden olduğu aşırı tüketim ve maliyet artışı incelenmiştir. Hasta ve hekimler arasında bilgi düzey farklılıklarının, eğitim düzeyinin, güven düzeyinin, beklenti ve yaklaşımların sağlık hizmetlerinin kullanım düzeylerinde doğrudan etkili olduğu görülmektedir. Buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinde aşırı tüketim, gereksiz meşguliyet ve maddi kayıpların gerçekleştiği çalışma sonuçlarına göre belirlenmiştir. Sağlık hizmetleri piyasasında aşırı tüketim ve maliyet artışının önlenmesi için hekim ve hasta arasındaki iletişim basamaklarının düzenlenmesi gerekmektedir. Yapılan çalışmada hastaların hekimlere hastalıkları ile ilgili güven duydukları sürece verilecek tedaviyi tam ve düzenli bir biçimde kullanacak ve sistemi gereksiz meşgul etmeyecekleri açıkça görülmektedir. Ayrıca sistemin kendi yapısal boşluklarını doldurması, gerekli düzenlemeleri yapması da ön koşulların başında gelmektedir. Hekim sayısındaki yetersizliklerin giderilmesi, fiziki koşullar ile birlikte altyapının iyileştirilmesi gibi düzenlemeler ile sistemin yükü azaltılabilir. Hekimler açısından değerlendirildiğinde çalışma koşullarının iyileştirilmesi (fiziki koşullar, çalışma saatleri vb.) hasta ile kurulacak iletişim olanaklarının geliştirilmesi sistem üzerindeki yükü hafifleterek ekonomik kayıplarını önleyecektir.

Sağlık hizmetleri piyasasında bilgi asimetrisinin varlığı hizmet sunucuları ve alıcıları açısından iki yönlü problemler oluşturmaktadır. Asimetrik bilginin yoğun olduğu piyasada bilgi önemli bir g olarak görülebilir. Ancak bilgi tek başına yeterli bir unsur değildir. Yapılan alışma sonuçlarına göre hastaların hekimlere olan güven duygulanımı, iyi iletişim basamakları, uygun fiziki altyapı ve koşulların sağlanması gibi birçok faktör hastaların tercihleri üzerinde etkili olmakta, tanı ve tedavi sürecini doğrudan etkilemektedir.

Bilgi asimetrisi nedeniyle mevcut konumunda uygun koşullara ulaşamayan hasta kendini tatmin etmek için durumu ile ilgili en iyi hekim ve tedavi işlemlerini gerçekleştirebileceği koşulları arayacaktır. Bu durum rasyonel tüketiciler davranışı olarak görülebilir. Bu arayış sırasında iş koşularından mahrum olacağı gibi, yol, yemek vb. ihtiyaçlarını dışarıda karşılamak zorunda kalabilir. Ayrıca hastanın aile bireyleri bu olumsuz koşulların ağırlığına katlanmak zorundadır. Hastanın refakatçisi hasta ile birlikte hem iş hem de sosyal yaşantısından feragat ederek hastası ile ilgilenmek ve ekonomik kayıplar yaşamak zorunda kalabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışması ile sağlık hizmetleri piyasasında bilgi asimetrisine bağlı olarak, hasta ve hekimlerin hizmet sırasındaki algılarının neden olduğu aşırı tüketim ve neticesinde ortaya çıkan ekonomik etkileri incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışma kapsamında Çanakkale ilinde aktif görev yapan 172 hekim ve bu hekimlerden hizmet alan 384 hastaya anket uygulaması yapılmıştır. Anket çalışmasında hasta ve hekimlere aynı konular üzerine algılarını karşılaştırmalı olarak ölçebilmek adına benzer sorular sorulmuştur. 5'li likert ölçeğine göre hasta ve hekimler için ayrı ayrı hazırlanan ankette fiziki şartlar, hasta-hekim iletişimi, etik yaklaşım, hasta-hekim arasındaki güven yaklaşımı, ekonomik etkiler ve zaman değerlendirmesi başlıkları altında toplam 30 soru sorulmuştur. Hasta ve hekimlerin algılarını karşılaştırarak iki grup arasındaki farklılıkların hizmet kullanımına yansımaları ölçülmüştür.

Yapılan anket sonuçlarına göre fiziki şartlar hem hasta hem de hekimler açısından önemli bir unsur olarak görülmektedir. Fiziki şartların iyi olmadığı çalışma koşullarında hekimlerin verimli olmadıkları, hastaların ise hizmet almaktan kaçındıkları, daha iyi koşulları aradıkları ve bu koşulları sağlayan birimleri tercih ettikleri görülmektedir. Bu durum fiziki açıdan yeterli algı oluşturamayan birimlerde işini iyi yapan çalışanların âtil kaldığının göstergesidir. Hizmet sunucularının bu durum için gerekli önlemleri alarak çalışma koşullarının yanında hastaların algısı yönünde de çalışma yapması ekonomik kayıplarını önleyecektir.

Hasta hekim arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hekimler hastalar ile kuracakları doğru iletişimin tanı ve tedavi sürecinde pozitif etkili olacağını düşünürken aynı zamanda hastalar ile iletişim konusunda kendilerini yeterli görmemektedir. Hastalar da hekim ile olan iletişimin alacakları tedaviyi olumlu yönde etkileyeceklerini düşünmektedir. Ayrıca hekim ile iletişim konusunda problem yaşamaları durumunda tedaviyi sürdürmeyeceklerini ve başka bir hekime başvuru yapacaklarını bildirmişlerdir. Bu nedenle hasta ile hekim arasındaki iletişim tekniklerinin tanı ve tedavi basamaklarında önemli olduğu görülmektedir. Hastaların iletişim problemleri nedeniyle başka hekime başvurma eğilimi sistemin aşırı tüketimi ve maliyet problemlerini de birlikte getirmektedir. Bu açıdan doğru iletişim araçlarının kullanılması sağlık hizmetleri sunumunda oldukça önem arz etmektedir.

Hasta ve hekim ilişkisi etik yaklaşım başlığı açısından değerlendirildiğinde her iki tarafın da etik değerlere saygılı olduğu, resmi olmayan ödeme beklentisinin hasta ve hekim ilişkisi açısından önemli bir yer tutmadığı görülmektedir. Etik yaklaşımlara bağlı olarak bu anket çalışmasında ekonomik kayıplar oluşmadığını söylemek mümkündür.

Hasta ve hekim arasındaki güven algısına bağlı olarak ciddi problemler yaşandığı görülmektedir. Hastaların hekime olan güven duygulanımı hekimle iletişim başladıktan sonra değişiklik gösterirken, hekimler hastalara en başından sonuna güvenmemektedir. Hastaların kendilerine karşı dürüst davranmadıkları ve hastalıkları ile ilgili bilgileri verme konusunda yeterli özeni göstermediklerini bu durumun da ekonomik etkileri olduğu konusunda yaklaşım göstermektedirler. Çalışmada hastalar hekimlerin kendilerine dürüst davrandığını, hekime güvenmedikleri durumda mutlaka başka hekime başvuru yapacaklarını bildirmişlerdir. Hasta ve hekim arasındaki güven sorunlarına bağlı ekonomik kayıplarının yaşanabileceği tespiti yapılmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre hasta ve hekim arasındaki ilişkinin, sistemin kullanımı, tanı ve tedavi süreçleri üzerindeki etkileri açıkça ortaya koyulmuş ve öneriler sunulmuştur.

Kaynakların rasyonel kullanılması üzerine bilgi asimetrisi doğrudan etkili olmaktadır. Doğru yerde doğru sağlık yatırımlarının yapılmaması, halkın ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanamaması, planlama eksiklikleri gibi nedenlerle yapılacak sağlık harcamaları ülke ekonomisinde kayıplara neden olacaktır.

Fiziki koşulların yetersizliği ekonomik kayıplara neden olabilmektedir. Çünkü fiziki koşulların yetersizliği ya hastaların şehir içi ve dışı başka hastaneler ararken, yol masrafı, işgücü kaybı, zaman kaybı, psikolojik yıpranma, refakatçilerin yaşadığı ekonomik ve psikolojik sorunlar başta olmak üzere birçok sorunu birlikte getirmektedir. Ayrıca fiziki koşulları yetersiz hastaneler açısından da başarılı doktorların ve personelin âtil kalmasına neden olarak başta işgücü kaybı, mesleki yeteneklerin kullanılmamasından kaynaklı beceri kaybı ya da diğer hastanelerde yığılma gibi birçok maliyeti birlikte getirmektedir. Bu nedenle hizmet sunucular fiziki koşulların hastalar ve çalışanlar üzerindeki etkileri konusunda bilinçli davranmalı ve üzerine düşeni yapmalıdır. Bina, teknik altyapı, insan gücü, tıbbi donanım ve sarf

malzeme açısından asgari koşulların sağlanması sağlık hizmetleri sunumunda ekonomik ve sosyal açıdan oldukça önem arz etmektedir.

Sağlık tesisleri bilgi asimetrisinden doğrudan etkilenmektedir. Uygun fiziki koşulların olmadığı, çalışanların iletişimlerinin bozuk olduğu ve prestij açısından kötü ün yapmış bir sağlık işletmesinde en iyi hekimleri ve hizmeti sunsanız dahi tercih edilmeyeceğiniz için kaynaklarınız verimsiz olacaktır. Bu durum yatırım maliyetleri, personel giderleri, ilaç ve sarf malzeme harcamalarına bağlı ekonomik problemleri beraberinde getirecektir.

Hasta ile hekim arasındaki iletişim yetersizlikleri ekonomik kayıplara neden olabilmektedir. Hasta ve hekim arasında doğru iletişim kurulması için mesleki iletişim eğitimleri ile hasta bilgilendirme seminerleri düzenlenerek problemlerin önüne geçilebilir. Aksi takdirde hastaların doktor arayışları esnasında işgücü kaybı, yol masrafı, psikolojik yıpranma, tedavisinin gecikmesi gibi birçok sorun ile karşılaşması mümkündür.

Hasta eğitim düzeyi ve bilinç seviyesi de fiziki şartlar, iletişim gibi ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Toplumun, sağlık bilgi düzeyinde değişikliklere neden olabilecek eğitim, seminer, bilgilendirme çalışmaları, kamu spotları vb. çalışmalar yapılmalı özellikle eğitim müfredatın da sağlık ile ilgili konulara yer verilmelidir.

Kaynakların rasyonel kullanılması üzerine bilgi asimetrisi doğrudan etkili olmaktadır. Doğru yerde doğru sağlık yatırımlarının yapılmaması, halkın ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanamaması, planlama eksiklikleri gibi nedenlerle yapılacak sağlık harcamaları ülke ekonomisinde kayıplara neden olacaktır.

Hizmet sunucular açısından bireylerin hastane ve hekim kullanımları üzerinde denetim olmaması, hastanın hekime başvuru konusundaki özgürlüğü aşırı tüketim ve maliyet artışına bağlı problemler meydana getirmektedir. Hastaların sistemi kullanırken bazı kısıtlamalara tabi tutulmaları, sevk zinciri uygulamaları, gereksiz ve aşırı kullanımda katkı payı oranlarında değişiklik gibi uygulamalar ile ekonomik kayıpların önüne geçilmesini sağlayabilecektir.

7. KAYNAKLAR

- Akerlof AG. The Markets for “Lemons’’: Quality uncertainty and the market mechanism. *Quarterly Journal of Economics*. 1970; Vol. 84: 488-500.
- Akın CS. Sağlık ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye’de sağlık sektörü ve harcamaları, Yüksek lisans tezi, 105 sayfa, Adana, (Yrd. Doç. Dr. Neşe ALGAN)
- Akkaş E. Vekâlet teorisi çerçevesinde hasta-hekim ilişkileri üzerine bir çalışma: Isparta il merkezi hastaneleri örneği, Yüksek lisans tezi, 169 sayfa, Isparta, (Doç. Dr. Ramazan ERDEM)
- Andersen R. and Newman, J. F. “Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States”, *Milbank Quarterly*. 2005;83(4): 1-28.
- Andersen R. Behavioral model of families use of health services. *Research Series Center for Health Administration Studies, University of Chicago*, 25, Chicago. 1968; 16-17
- Barnum H, Kutzin J. and Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *Human Resources Development and Policy. HRO Working Papers. USA*, 1995.
- Başol E. Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal/Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018; 2(1), 76-93.
- Bilgili E, Ecevit E. Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2008; 11: 2-203.
- Blomqvist A, Leger PT. Information asymmetry, insurance and the decision to hospitalize. *Journal of Health Economics*. 2005; 24(4):775-793.
- Blum HL. Planning for health; Development and application of social change theory. *AJN The American Journal of Nursing*. 1975; 8: 1388.
- Bozkurt S. GfK Türkiye-İnternetin hastanın hayatındaki rolü çalışması. *Digital Health Summit*. 2012.
- Cirhinlioğlu Z. Sağlık Sosyolojisi. Nobel Yayınları, Ankara. 2001.
- Clement NO. Asymmetry information problem of moral hazard and adverse selection in a national health insurance. The case of Ghana National Health Insurance, *Management Science and Engineering*, 2009; Vol. 3, No.3: 101-106.
- Coşkun A, Akın A. Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi. Seçkin Yayınları, Ankara, 2009; s.260.
- Culyer AJ, Newhouse JP. The state and scope of health economics. *Handbook of Health Economics (1A)*, Elsevier Science B.V. Amsterdam, The Netherlands. 2000; p.1-7 ISBN: 0-444-50470-2 (vol. 1A).

- Çalışkan Z. Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesinde ekonomik değerlendirme yöntemi olarak maliyet-etkinlik analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2009; 14(2): 311-332
- Çavdar N, Karcı E. XIX. yüzyıl Osmanlı sağlık teşkilatlanmasına dair bibliyografik bir deneme. Turkish Studies, International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic. 2014; 9,4:255-286
- Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017; 1(1):48-57
- Çelik Y. Sağlık Ekonomisi. Siyasal Kitabevi, Ankara, 2011; s. 149.
- Çetinkaya Ş. Asimetrik bilginin piyasalara etkileri ve finansal krizlerdeki rolü. Sakarya İktisat Dergisi. 2012; Cilt 1, sayı 2: 46-63
- Çıldır Pelitoğlu F, Özgür S. İlköğretim öğrencileri için sağlık tutum ölçeği geliştirilmesi. Necati Bey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi (EFMED) 2013; Cilt 7, Sayı 1: 32-56.
- Çınaroğlu S. Hasta güveninin ilişki pazarlaması açısından etkileri. Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi. 2014; Cilt: 18, Sayı: 2: 1-20.
- Daştan İ, Çetinkaya V. OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, Sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. Sosyal Güvenlik Dergisi 2015; Cilt:5, Sayı:1: 104-134
- Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Uludağ Üniversitesi Yayınları, 1993.
- Durmaz T ve Erdem R. Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; sayı: 29: 579-604.
- Eggleston K, Hsieh CR. Health care payment incentives: A Comparative Analysis of Reform in Taiwan, Korea and China. Department of Economics Tufts University, Medford, 2004; Erişim adresi: <http://ase.tufts.edu/economics/papers/200402.pdf> Erişim tarihi: 07.02.2018
- Eggleston K. Competition, Altruism and Provider Payment. Department of Economics Tufts University, Medford, 2004; Erişim adresi: <http://ase.tufts.edu/economics/papers/200403.pdf> Erişim tarihi: 09.02.2018
- Ercan İ, Ediz B, Kan İ. Sağlık kurumlarında teknik olmayan boyut için hizmet memnuniyetini ölçebilmek amacıyla geliştirilen ölçek. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004; Cilt 30(4): 151-157.
- Erdem R, Pirinççi E. Sağlık hizmetlerinde kullanım ve kullanımı etkileyen faktörler. Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2003; Cilt. 20. No.1: 39-46.

- Flood C. International Experience with Managed Care, Managed Competition and Internal Markets. 2001; ISBN: 0-415-31616-2, Erişim adresi: <https://www.taylorfrancis.com/books/> Erişim tarihi: 06.02.2018
- Folland S, Goodman CA, Miron S. The Economics of Health Care. 7th. edition, Upper Saddle River,NJ: Prentice Hall, 2010; ISBN:13-978-013-277369-0
- Frank RG, Glazer J. and McGuire T. Measuring adverse selection in managed health care. Journal of Health Economics, 1997;19:829-854.
- Gaynor M, Vogt WB. Antitrust and competition in health care markets. Handbook of Health Economics. Chapter 27, 2000;1405-1487
- Gottret P, Schieber G. Health financing revisited a practitioner's guide. The World Bank. Washington. 2006; p.1-310 (61). ISBN: 10:0-8213-6585
- Güler Ç, Benli D. Çevre Sağlığı Temel Bilgileri. Güneş Kitabevi, Ankara, 1997; s. 473-478.
- Güzel A, Okur A ve Caniklioğlu N. Sosyal Güvenlik Hukuku. Beta Yayınevi, İstanbul, 2016.
- Hoare G, Mills A. Paying for the health sector. A review and annotated bibliography of the literature on developing countries. Evaluation and Planning Center (EPC) for Health Care. Publications no: 12. London.
- Immergut E.M. Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe. Cambridge Universty Press. 1992.
- Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2012; Cilt 32(1): 47-53.
- Kavaklı A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme. Hilal Matbaacılık, İstanbul, 1992.
- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi. 2010; ISBN: 975-7351-21-2.
- Kızılcılık S. Türkiye'nin Sağlık Sistemi bir Medikal Sosyoloji Denemesi. Saray Kitabevleri, İzmir, 1996; s. 124.
- Korkusuz R, Uğur S. Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş. Etkin Yayınevi, Bursa, 2010.
- Kurtulmuş S. Sağlık ekonomisi ve hastane yönetimi. Değişim Dinamikleri Yayınları. 1998; s. 44-92.
- Lameire N, Joffe P ve Wiedemann M. Healthcare Systems-An International Review: an Overview. Nephrol. Dial. Transplant. 1999; 14(6):3-9
- MacStavic RE. Determining Health Needs. Health Administration Press. Washington. 1978; ISBN:10: 0914904256, p.73-74
- Marshall A. Principles of Economics. Prometheus Books. New York, 1997; p.55
- McGuire A. Measuring performance in the health care sector: the Whys and the Hows. The Challenges of Medical Practice Variations. 1990; p. 95-116. Erişim adresi: <https://page->

one.live.cf.public.springer.com/pdf/preview/10.1007/978-1-349-20781-7_6 Erişim

Tarihi: 30.03.2018

Mossialos E, Dixon A. Funding Health Care: An Introduction. Open University Press, Buckingham, Philadelphia. 2002;1-30

Musgrave RA, Musgrave PB. Public Finance in Theory and Practice. 5. Edition, İstanbul, Literatür Yayıncılık, 1994.

Mushkin SJ. Toward a definition of health economies. Public Health Reports. 1958; vol. 73, no:9

Mutlu, A., Işık, A. K. *Sağlık Ekonomisine Giriş* (Üçüncü basım). Ekin Basım Yayın Dağıtım. Bursa, Ekim 2012

Normand C. Economics, health and economics of health. BMJ. 1991; 303:1572-1577 Erişim adresi: <https://www.bmj.com/content/bmj/303/6817/1572.full.pdf> Erişim tarihi: 30.03.2018

Özcan S, Baş K ve Taş Y. Sağlık sektöründe bilgi asimetrisinin hasta memnuniyetine etkisi: Yalova ağız diş sağlığı merkezinde bir uygulama. International Conferance on Eurasian Economies, St. Petersburg, Russia. 2013;822-831.

Özgirin K, Taş Y. Hastane yönetiminde kalite uygulamaları ve toplam kalite yönetimi projesi kapsamında personel memnuniyeti ölçme çalışması. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ankara, 1996;33-39.

Özlü T. Hasta hakları bağlamında sağlık finansmanı. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010; 2: 9-20.

Öztek Z. Türkiye’de sağlık hizmetleri. Yeni Türkiye Dergisi. Sağlık özel sayısı 2001; Sayı 39: 294.

Pinto M, Andersson B. Paying health care providers in the caribbean. Pan American Health Organization. Washington, DC. 2001.

Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press. 2002; Erişim adresi: <http://www.ssu.ac.ir>. Erişim tarihi: 30.03.2018

Rothschild M, Stiglitz J. Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information. Quarterly Journal of Economics. 1976; 90(4): 629-649.

Schneider U. Asymmetric information and the demand for health care – the case of double moral hazard. 2003; ISSN: 1611-3837. Erişim adresi: <http://econwpa.repec.org/eps/hew/papers/0409/0409001.pdf> Erişim tarihi: 30.03.2018

- Shabbir S, Kaufman HR and Shehzad M. Service quality, word of moth and trust: Drivers to achieve patient satisfaction. *Scientific Research and Essays*. 2010; 5-17:2457-2462
- Shmanske S. Information asymmetries in health services: The market can cope. *The Independent Review*. 1996; 1(2): 191-200
- Shulte MF. *Healthcare Delivery in the U.S.A.: An Introduction*. 1st. Edition, CRC Press, New York, 2009; p. 1-219.
- Strohenger R, A Wambach. Adverse selection and categorical discrimination in the health insurance markets: The Effects of Genetic Tests, *Journal of Health Economics*, 2000; Vol. 19,197–218.
- Sülkü SN. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. 2011; Yayın No: 2011/414
- Şahin B. Sağlık kaynaklarının kullanımında değişiklik sorunu: Neden yönetemiyoruz? Nasıl yönetebiliriz? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2004; Cilt:7, sayı:2, 201-232
- Tatar M. Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 2011; Cilt 1, Sayı 1, s. 103-133 P-ISSN: 2146 -4839
- Tengilimoğlu D, Işık O ve Akbolat M. *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 3. Baskı, Nobel Yayınları, 2011.
- Top M, Tarcan M., Hastane sektöründe kaynak akışı: Hastane ödeme yöntemleri (mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi dergisi*. 2007; 9:1,169-189.
- Tumay M. Asymmetric information and adverse selection in insurance markets: The problem of moral hazard. *Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi dergisi*. 2009; Cilt No. 16, Sayı 1,107-114
- Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık harcamaları istatistikleri, 2016; Sayı:24574. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 Erişim tarihi: 17.04.2018.
- Uğuroğlu Ö, Çelik Y. Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve dünya sağlık örgütü yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2005; Cilt:8, Sayı:1, s.4-29
- Ünal E. Sağlık ekonomisi; içinde: *Sağlık İşletmeciliği*, (Ed.) Ateş M., s. 179-236, 1. Baskı, Beta Yayınları, 2011; s. 228
- Vissandjee B, Barlow R. and Fraser DW. Utilization of health services among rural women in Gujarat, India. *Public Health*. 1997; 111:135-148
- Weisbrod BA. Competition in health care: A cautionart view. *Institute for Research on Poverty Discussion Paper*. University of Winconsin, 1991;678-681

- WHO. Erişim adresi: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html Erişim tarihi: 03.05.2018
- WHO. The World Health Report. Health Systems: Improving Performance, Geneva. 2000.
- World Health Organization, "Health Systems Improving Performance", What is a Health System? Chapter One, The World Health Report, Regional Office for Europe, Geneva, Switzerland, 2000; p. 19
- Yağbasan M, Çakar F. Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2006; sayı. 15, 609-629
- Yağcı İ.M., Duman T. Hizmet kalitesi-Müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: Devleti özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2006, 7(2): 218-238
- Yerebakan M. Özel hastaneler araştırması mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri. İstanbul Ticaret Odası 2000; Yayın No: 26. ISBN: 975-512-467-5
- Yıldırım İ. Sigortacılıkta suistimaller ve ahlaki tehlike sorunu: Türk sigorta sektörüne yönelik bir değerlendirme. The Journal of Academic Social Science Studies. 2015; 203-213
- Yıldırım S. Sağlık hizmetlerinde harcama ve maliyet analizi. 1994, Sosyal ve Sektörler Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, 199 sayfa, Ankara.
- Yılmaz E. Hastaların internette tıbbi enformasyon arama davranışlarının doktor-hasta iletişimine etkileri. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. 2013; 93-108
- Yurdadoğ V. Sağlık karma malının tahsisinde etkinlik sorunu ve Türkiye’de sağlık reformu. 2006, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, 212 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Güneri AKALIN)
- Yurdadoğ V. Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı ve analizi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007; Cilt 16, Sayı 1, 591-610.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Raporu



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 18920478-050.01.04/E.120386
Konu : Başvuru İncelemesi


13.10.2017

Sayın Doç.Dr. Murat AYDIN

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Ekonomik Etkileri: Çanakkale Örneği" başlıklı 2011-KAEK-27/2017-E.111510 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 11/10/2017 tarih ve 16-04 nolu kararı aşağıdadır. Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi : 11.10.2017 14:00
Karar No : 2017-16

Karar-04)2011-KAEK-27/2017-E.111510 no'lu araştırma Etik Kurul üyeleri tarafından değerlendirilmiştir; Proje araştırmacılarından Öğr. Gör. Kemal TEMEL'in sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada **"ETİK KURUL ONAYINI ALIR."** kararı verilmiştir.

 e-imzalıdır

Prof.Dr. Hakkı Engin AKSULU
Başkan

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Faize OTURAN
Sekreter

Ek 2. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Anket Uygulama İzin Belgesi



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Müdürlüğü

Sayı : 27222899-044-E.1800010273
Konu : Anket Çalışması

17/01/2018

Sayın Öğr. Gör. Kemal TEMEL

İlgi : 24.12.2017 tarihli yazınız.

Başhekimliğimize iletmiş olduğunuz ilgi yazıya istinaden "Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Ekonomik Etkileri: Çanakkale Örneği" başlıklı çalışmanız Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Okhan AKDUR
Başhekim



[Belge Doğrulamak İçin: https://ubvs.comu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index_adresinden_H4AAT4F_kodu_girerek_belgeyi_dogrulayabilirsiniz.](https://ubvs.comu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index_adresinden_H4AAT4F_kodu_girerek_belgeyi_dogrulayabilirsiniz.)

Adres : Cumhuriyet Mah. Sahil Yolu No: 5 Kepez /
ÇANAKKALE Terzioğlu Yerleşkesi Ek Bina.
Merkez Çanakkale
e-posta :
Bilgi İçin İrtibat : Ömer Hadımoğlu - Hastane Müdürü
Telefon :
Belgegeçer No :
İnternet Adresi :



1800010273 numaralı belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Okhan Akdur tarafından 17.01.2018 tarihinde güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3. Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Anket Uygulama İzin Belgesi

	T.C. ÇANAKKALE VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	<small>ÇANAKKALE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ÇANAKKALE SAĞLIK HİZMETLERİ STRATEJİK YATIRIM BÜYÜCE (SİY)</small>  <small>00060544349</small>
Sayı : 35787233/622.01/ Konu:Sağlık Tesislerinde Anket Uygulama Talebi Hk.		
SAYIN:Öğr.Gör.Kemal TEMEL Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı ÇANAKKALE		
İlgi :11.01.2018 tarih ve 60530186 sayılı yazınız.		
İlgide kayıtlı Müdürlüğümüze bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında Hekim ve Hastalara yönelik "Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Ekonomik Etkileri: Çanakkale Örneği" başlıklı anket çalışması yapma talepli dilekçeniz ve ekleri Müdürlüğümüze incelenmiştir. Çanakkale Devlet Hastanesinde 19/02/2018 - 15/03/2018 tarihleri arasında yapılması planlanan çalışmanın, ilgili sağlık kuruluşunda huzur ve sükuneti bozmadan, kişi özgürlük mahremiyet ve haklarına azami ölçüde riayet edilerek, Etik Kurulumuz Kararına göre belirtilen araştırmacı Öğretim Görevlisi Kemal TEMEL tarafından, belirtilen süre ve tarih aralığını kapsayacak biçimde, elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçlı olarak yüksek lisans tez çalışmasında kullanılması kaydıyla Müdürlüğümüze uygun görülmüştür.		
Bilgilerinize rica ederim.		
e-İmzalıdır. Dr.Ali TAŞCI İl Sağlık Müdürü		
<i>İlden İstikrar aldım.</i> <i>İsmail Ersoy</i> <i>17.01.2018</i>		
Ayrıntılı bilgi için : Kamu Hast.Hiz.Başk. Tel: 0 286 217 11 58 (1207-1209)		E-mail: canakkale.yths@saglik.gov.tr Fax: 0 286 217 00 74
<small>Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 3f6f49df-45aa-4f8a-9a05-87968f58e48f kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre geçerli elektronik imza ile imzalanmıştır.</small>		

Ek 4. Hasta Anket Formu

Değerli Katılımcılar,

Katılımını gerçekleştireceğiniz anket ile sağlık hizmetlerindeki ekonomik etkilerin araştırılmasına katkı sağlayacağını düşünüyoruz Soruları gerçek düşünceleriniz doğrultusunda eksiksiz cevaplamanız araştırma sonuçlarının doğruluğu açısından çok önemlidir..

Anket formunda sizi tanımlayıcı kişisel bilgiler (ad, soyad, adres, telefon) sorulmamaktadır. Vermiş olduğunuz yanıtlar gizli tutularak, yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Tüm bu açıklamalar doğrultusunda; “Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Ekonomik Etkileri: Çanakkale Örneği” isimli araştırmaya kendi isteğinizle katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen anketi cevaplayınız.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Öğr. Gör. Kemal TEMEL (Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO)
Doç. Dr. Murat AYDIN

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Cinsiyet	:	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E			
Yaş	:	<input type="checkbox"/> < 29	<input type="checkbox"/> 30 - 39	<input type="checkbox"/> 40 +		
Medeni Durumu	:	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> B			
Kurumdaki çalışma süresi	:	<input type="checkbox"/> <1 (-)	<input type="checkbox"/> 1-5 yıl	<input type="checkbox"/> 6-10 yıl	<input type="checkbox"/> 11-20	<input type="checkbox"/> >20 (+)
Meslekteki çalışma süresi	:	<input type="checkbox"/> <1 (-)	<input type="checkbox"/> 1-5 yıl	<input type="checkbox"/> 6-10 yıl	<input type="checkbox"/> 11-20	<input type="checkbox"/> >20 (+)
Çalışma şekli	:	<input type="checkbox"/> Kamu	<input type="checkbox"/> Özel	<input type="checkbox"/> Üniversite		
Çalışılan Klinik	:	<input type="checkbox"/> Acil Servis	<input type="checkbox"/> Cerrahi Klinikler	<input type="checkbox"/> Dâhili Klinikler	<input type="checkbox"/> Aile Hekimliği	
Günde ortalama muayene ettiğiniz hasta sayısı	:	<input type="checkbox"/> < 50	<input type="checkbox"/> 50-100	<input type="checkbox"/> >100		

ANKET SORULARI (Hekim)

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Bölüm 1. Fiziki şartlar					
1. Tıbbi donanım ve ekipman açısından görev aldığım birim yeterlidir.	5	4	3	2	1
2. Kurumunuzun çalışan personel sayısı yeterlidir.	5	4	3	2	1
3. Hastalarımıza yeterli zaman ayırabilmemiz için gerekli koşullar sağlanır.	5	4	3	2	1
4. Kurumunuzun fiziki şartları hastaların hekim ve hastane tercihleri üzerinde ekili olur.	5	4	3	2	1
Bölüm 2. Hasta-Hekim İletişimi					
5. Hekimlerin hasta iletişimi üzerine mesleki eğitim almaları gerekir.	5	4	3	2	1

6. Hastalar ile kurulan doğru iletişim tanı ve tedaviyi kolaylaştırır.	5	4	3	2	1
7. Hastalara tanı ve tedavi ile ilgili yeterli açıklama yapıldığını düşünürüm.	5	4	3	2	1
8. Hekimler hastalara anlayabilecekleri tıbbi terimlerden arınmış sade bir dil kullanır.	5	4	3	2	1
Bölüm 3. Etik Yaklaşım					
9. Hekimler mesleki etik değerlere göre davranır.	5	4	3	2	1
10. Meslektaşlarımla hastalardan informal ödeme (bıçak parası, hediye vb.) beklentisi olabileceğini düşünürüm.	5	4	3	2	1
11. Meslektaşlarımla verdiğim bazı kararları performans kaygısı etkiler.	5	4	3	2	1
12. Meslektaşlarımla hastalara karşı yeterli ilgi ve özen gösterir.	5	4	3	2	1
13. Bazı hekimler mesleklerine yakışmayan tutum ve davranış sergiler.	5	4	3	2	1
Bölüm 4. Hasta Hekim Arasında Güven Yaklaşımı					
14. Meslektaşlarımla tıbbi kararlarına güvenirim.	5	4	3	2	1
15. Meslektaşlarımla benim ve ailem hakkındaki tanı ve tedavi kararlarında başka bir hekime danışma ihtiyacı duyarım.	5	4	3	2	1
16. Hekimler, hastalara hastalıkları ile ilgili şikâyetleri anlatma konusunda gerekli özeni gösterir.	5	4	3	2	1
17. Hastalar hekimlerin vermiş olduğu kararları sorgular.	5	4	3	2	1
18. Hastalar hekimlere karşı her zaman dürüst davranır.	5	4	3	2	1
Bölüm 5. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi					
19. Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	5	4	3	2	1
20. Hastaların eğitim seviyesi karar verme aşamasını etkilediğinden ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	5	4	3	2	1
21. Hastalar yetersiz bilgi ve iletişim nedeniyle sistemi daha fazla kullanarak ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	5	4	3	2	1
22. Hekimlerin mesleki açıdan kendilerini yeterli hissetmemeleri ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	5	4	3	2	1
23. Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkiler.	5	4	3	2	1
24. Hekimlerin performans kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur.	5	4	3	2	1
25. Hastaların verilen ilaçları düzenli ve tam olarak kullanmaması ekonomik ve zaman kaybına neden olur.	5	4	3	2	1
26. Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanmasına neden olur.	5	4	3	2	1
27. Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	5	4	3	2	1
28. Hekimler performans beklentileri nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırır.	5	4	3	2	1
29. Hastalar tanı ve tedavi için gereksiz gördüğümüz tetkiklerin yapılmasını ister.	5	4	3	2	1
30. Uzman hekim sayısının yetersiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	5	4	3	2	1

Ek 5. Hekim Anket

Değerli Katılımcılar,

Katılımını gerçekleştireceğiniz anket ile sağlık hizmetlerindeki ekonomik etkilerin araştırılmasına katkı sağlayacağını düşünüyoruz Soruları gerçek düşünceleriniz doğrultusunda eksiksiz cevaplamanız araştırma sonuçlarının doğruluğu açısından çok önemlidir.

Anket formunda sizi tanımlayıcı kişisel bilgiler (ad, soyad, adres, telefon) sorulmamaktadır. Vermiş olduğunuz yanıtlar gizli tutularak, yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Tüm bu açıklamalar doğrultusunda; “Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Ekonomik Etkileri: Çanakkale Örneği” isimli araştırmaya kendi isteğinizle katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen anketi cevaplayınız.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Öğr. Gör. Kemal TEMEL (Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO)
Doç. Dr. Murat AYDIN

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E			
:					
Yaş	<input type="checkbox"/>				
:					
Medeni Durumu :	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> B			
Gelir Düzeyi	<input type="checkbox"/> Geliri Yok	<input type="checkbox"/> < Asgari Ücret	<input type="checkbox"/> 1404	<input type="checkbox"/> 1404-4901	<input type="checkbox"/> >4902
:					
Sosyal Güvence :	<input type="checkbox"/> Güvencesiz	<input type="checkbox"/> SGK	<input type="checkbox"/> Yeşil Kart	<input type="checkbox"/> Özel Sağlık Sigortası	<input type="checkbox"/> Diğer
Eğitim Düzeyi	<input type="checkbox"/> Okuryazar	<input type="checkbox"/> İlköğretim	<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Ön lisans / Lisans	<input type="checkbox"/> Lisans Üstü
:	<input type="checkbox"/> Değil				
Hekime en son Başvuru nedeni (Hastalık)				
Son 1 yılda kaç kez hekime başvuru yaptınız	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> 10+	

ANKET SORULARI (Hasta)

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Bölüm 1. Fiziki şartlar					
23. Hizmet aldığımız kuruluş tıbbi donanım ve ekipman açısından yeterlidir.	5	4	3	2	1
24. Hizmet alınan kuruluşların fiziki şartları yeterlidir.	5	4	3	2	1
25. Hekim muayene için yeterli zaman ayırır.	5	4	3	2	1
26. Hizmet aldığımız kuruluşun fiziki şartları (Dış görünüşü vb.) hekim ve hastane tercihleri üzerinde etkili olur.	5	4	3	2	1

Bölüm 2. Hasta-Hekim İletişimi					
27. Hekimlerin hasta iletişimi üzerine mesleki eğitim almaları gerekir.	5	4	3	2	1
28. Hekimler ile kurulan doğru iletişim tanı ve tedaviyi kolaylaştırır.	5	4	3	2	1
29. Hekimlerin tanı ve tedavi ile ilgili yeterli açıklama yaptığını düşünürüm.	5	4	3	2	1
30. Hekimler hastalara anlayabilecekleri tıbbi terimlerden arınmış sade bir dil kullanır.	5	4	3	2	1
Bölüm 3. Etik Yaklaşım					
31. Hekimler hastaların mahremiyetine ve özel değerlerine saygılı davranır.	5	4	3	2	1
32. Hekimlerin hastalardan bıçak parası, hediye vb. ödeme beklentisi olabileceğini düşünürüm.	5	4	3	2	1
33. Hekimlerin verdiği bazı kararları para kazanma kaygısı etkiler.	5	4	3	2	1
34. Hekimler hastalara karşı yeterli ilgi ve özen gösterir.	5	4	3	2	1
35. Bazı hekimler mesleklerine yakışmayan tutum ve davranış sergiler.	5	4	3	2	1
Bölüm 4. Hasta Hekim Arasında Güven Yaklaşımı					
36. Hekimlerin tıbbi kararlarına güvenirim.	5	4	3	2	1
37. Hekime güven duymazsam, benim ve ailem hakkında vermiş oldukları tedavi kararlarını sorgularım.	5	4	3	2	1
38. Hekimler, hastalığım ile ilgili şikâyetleri anlatmam konusunda fırsat ve zaman verir.	5	4	3	2	1
39. Hekim ile olan iletişimde kendimi rahat ve huzurlu hissedirim.	5	4	3	2	1
40. Hekimler hastalara dürüst davranır.	5	4	3	2	1
Bölüm 5. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi					
41. Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	5	4	3	2	1
42. Hekimlerin tecrübesiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	5	4	3	2	1
43. Hekimlerin hastalarla iletişiminin kötü olması ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	5	4	3	2	1
44. Hastaların bilgi eksikliği ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	5	4	3	2	1
23. Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkiler.	5	4	3	2	1
24. Hekimlerin maddi kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur.	5	4	3	2	1
25. Verilen ilaçların düzenli ve tam olarak kullanılmaması ekonomik ve zaman kaybına neden olur.	5	4	3	2	1
26. Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanmasına neden olur.	5	4	3	2	1
27. Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	5	4	3	2	1
28. Hekimler maddi beklentiler nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırır.	5	4	3	2	1
29. Hastalar hekimlerden tanı ve tedavi için gereksiz tetkiklerin yapılmasını ister.	5	4	3	2	1
30. Hekim sayısının yetersiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	5	4	3	2	1

Ek 6. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	Kemal	Soyadı	TEMEL
Doğum Yeri	Artvin	Doğum Tarihi	17.02.1983
Uyruğu	TC.	T.C. Kimlik No	15580756636
E-mail	kemaltemel@comu.edu.tr	Tel	0505 451 32 22

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Zirve Üniversitesi	2013
Lisans	Anadolu Üniversitesi İstanbul Üniversitesi	2008 2017

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Acil Tıp Teknisyeni	Sağlık Bakanlığı /Gelibolu Devlet Hastanesi	6 (2004-2010)
2. Hastane Müdür Yardımcılığı	Sağlık Bakanlığı/Gelibolu Devlet Hastanesi	2 (2010-2012)
3. Kalite ve Eğitim Birimi	Sağlık Bakanlığı/Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü	2 (2012-2014)
4. Fatura Birim Sorumlusu	Sağlık Bakanlığı/Gelibolu Devlet Hastanesi	2 (2014-2016)
5. Öğretim Görevlisi	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	2016-Devam Ediyor

Yabancı Dil Sınav Notu#

KPDS	YÖK DİL	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE
	55	55						

A-Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Diğer:

Temel K., Akıncı F. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Reklam ve Sosyal Medyanın Rolü, PESAD Hastane Öncesi Dergisi. 2016; 1, 27-37

Temel K., Sevinç Postacı E. ve Uysal İ. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Sunumunda Acil Olmayan Durumların ve Suistimallerin Neden Olduğu Maddi ve Zamansal Kayıpların Değerlendirilmesi. 1. Uluslararası 11. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. 13-15 Ekim Trabzon, 2017;88-95

Temel K., Uysal İ. ve Sevinç Postacı E. Acil Sağlık Hizmetlerinde İlk ve Acil Yardım Teknikerliği Öğrencilerinin Beklentileri. 4. Ulusal Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları Sempozyumu. 15-18 Kasım İstanbul, 2017;57-58

Temel K., Sevinç Postacı E. ve Uysal İ. Frequency of Intraosseous Infusion Implementation and Problems Encountered in Provision of Prehospital Emergency Health Services. 1. International Helath Sciences Congress. 23-25 Kasım Edirne, 2017;356

Sevinç Postacı E., Temel K., Uysal İ. ve Bulat Ç. Professional Expectation of Volunteer Staff in National Medical Rescue Team (NMRT). 1. International Helath Sciences Congress. 23-25 Kasım Edirne, 2017;126

Sevinç Postacı E., Temel K., Uysal İ. ve Bulat Ç. Assesment of Emergency Embulance Services Usege in Çanakkale Province. 1. International Helath Sciences Congress. 23-25 Kasım Edirne, 2017;131

B-Katıldığı Uluslararası ve ulusal konferans ve kongreler:

Uluslararası 11. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi.13-15 Ekim 2017, Trabzon.

4. Ulusal Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları Sempozyumu. 15-18 Kasım 2017, İstanbul

1. International Helath Sciences Congress. 23-25 Kasım 2017, Edirne

C-Sertifikalar:

Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Eğitimi (ÇİLYAD) Sertifika Programı, Sağlık Bakanlığı, 2009

Hemşire-Teknisyen- Tekniker, Travma Resisütasyon Kursu (HTT-TRK) Sertifika Programı, Sağlık Bakanlığı, 2010

İlk Yardım Eğitimliği Sertifika Programı, Sağlık Bakanlığı, 2012

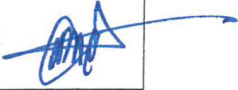
Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi (ASTE) Sertifika Programı, Sağlık Bakanlığı, 2013
Acil Sağlık Hizmetleri Eğitim Programı (ASHEP) Sertifika Programı, Sağlık bakanlığı,
2013

Acil Sağlık Hizmetleri Temel Modül Kursu Sertifika Programı, Sağlık Bakanlığı, 2013

Erişkin İleri Yaşam Desteği Eğitimi Sertifika Programı, Sağlık Bakanlığı, 2014

Ek.9.**SPİRALLİ TEZ KONTROL FORMU**

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.		
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.		
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.		
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.		
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.		
6) Özet ve Summary 250’şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)		
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.		
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.		
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.		
10) Tezde yazım karakteri olarak “Times New Roman” kullanılmalıdır.		
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin en sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.		
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.		

Tarih: ... / ... / 20...	Tarih: ... / ... / 20...
Öğrenci Adı ve Soyadı,	Danışmanın Adı ve Soyadı,
İmza	İmza 

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SİRALLI/CİTLİ TEZ YAZIM KONTROL
LİSTESİ

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	UYGUN	UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	UYGUN	UYGUN
Kapak sayfası düzeni	UYGUN	UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	UYGUN	UYGUN
Onay sayfası düzeni	UYGUN	UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	UYGUN	UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	UYGUN	UYGUN
Teşekkür sayfası	UYGUN	UYGUN
Türkçe özet	UYGUN	UYGUN
İngilizce özet	UYGUN	UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	UYGUN	UYGUN
Şekiller dizini	UYGUN	UYGUN
Tablolar dizini	UYGUN	UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	UYGUN	UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	UYGUN	UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	UYGUN	UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	UYGUN	UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	UYGUN	UYGUN
Yöntem ve Gereç	UYGUN	UYGUN
Bulgular	UYGUN	UYGUN
Tartışma	UYGUN	UYGUN
Sonuç ve Öneriler	UYGUN	UYGUN
Kaynaklar	UYGUN	UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	UYGUN	UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	UYGUN	UYGUN
Tez planı	UYGUN	UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	UYGUN	UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	UYGUN	UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	UYGUN	UYGUN
Tarih: 19 / 06 / 2018	Tarih: 19 / 06 / 2018	
Öğrenci Adı ve Soyadı, Kemal Temizci İmza	Danışmanın Adı ve Soyadı, Doç. Dr. Murat Aydın İmza	